

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Janaína Kriger Wagner

**A DINÂMICA FAMILIAR E CONJUGAL EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS  
COM INDICADORES DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM  
HIPERATIVIDADE – TDAH**

São Leopoldo

2012

Janaína Kriger Wagner

**A DINÂMICA FAMILIAR E CONJUGAL EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS  
COM INDICADORES DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM  
HIPERATIVIDADE – TDAH**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Regina Röhnelt Ramires

São Leopoldo

2012

W132d Wagner Janaína Kriger  
A dinâmica familiar e conjugal em famílias de crianças com indicadores de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade - TDAH/ Janaína Kriger Wagner. -- 2012.  
74 f. ; 30cm.

Inclui os artigos: “Conjugalidade em famílias com crianças com TDAH: um estudo de caso”.

Dissertação (mestrado em Psicologia) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires.

1. Psicologia - Família. 2. Dinâmica familiar. 3. Dinâmica conjugal. 4. TDAH. 5. Crianças. I. Título. II. Ramires, Vera Regina Röhnelt.

CDU 159.9:316.356.2

Catálogo na Publicação:  
Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a **Deus**, por ter iluminado o meu caminho e me carregado no colo nos trechos mais difíceis dessa caminhada.

Ao **Alberto**, meu marido, meu amor, meu amigo... Por teres acreditado na minha capacidade e me motivado a prosseguir mesmo quando isso implicava em mais ausências. Por dividires comigo mais este sonho, fazendo dele um projeto nosso. Por ter sido presente ao nosso querido Pedro de forma ainda mais intensa nas minhas ausências, me mostrando como o amor, o respeito e o companheirismo são a base de uma família feliz. Muito obrigada, meu querido, com todo o meu amor!!!

Ao **Pedro**, meu filho amado, minha fonte de luz!!! Por ter aceitado as minhas reclusões sem cobranças, me alimentando, sempre, com seu amor incondicional. Por ter me proporcionado a descoberta do prazer de ser mãe, me levando a buscar compreender, cada vez mais, as implicações desta função.

À **Lourdes**, minha mãe, pelo apoio e motivação constantes e por ter, mais uma vez, acreditado na minha capacidade e me estimulado a lutar pelo meu sonho. Teu acolhimento às minhas angústias e tua disponibilidade incondicional tiveram um valor incomensurável nesta minha caminhada. Teu cuidado amoroso com o Pedro nas minhas ausências me deu segurança para prosseguir. Te agradeço, de todo o coração, pelos teus esforços em me ver realizada! Valeram à pena!!!

Aos meus irmãos, **Túlio** e **Tiago**, pela compreensão nas minhas ausências e pela torcida carinhosa. Vocês me mostraram, de diversas formas, o que é uma família e me ensinaram a amar muito a minha!! Mesmo à distância, a presença de vocês sempre foi constante e intensa para mim!

À **Vera Ramires**, minha orientadora, por todo o aprendizado que me proporcionaste nestes dois anos de trabalho juntas. Por ter me permitido realmente experimentar todos os passos da realização de uma pesquisa, respondendo às questões que me levaram a buscar este curso de mestrado. Pelo teu acolhimento e suporte nas

dificuldades e pela confiança que depositaste em mim, sempre acreditando na minha capacidade.

Às professoras da banca – **Dr<sup>a</sup>. Tagma Marina Schneider Donelli (UNISINOS)**, **Dr<sup>a</sup>. Ana Guardiola (UFRGS)** e **Dr<sup>a</sup>. Terezinha Feres Carneiro (PUC-RIO)**, pelas importantes contribuições por ocasião da banca de qualificação, contribuindo para o enriquecimento e qualidade deste trabalho. À **Dr<sup>a</sup>. Andrea Seixas Magalhães**, pela gentileza em aceitar o meu convite para compor a minha banca de defesa de dissertação.

À **Cassiana Chemin**, minha colega de trabalho no CAPS, por ter possibilitado as reorganizações necessárias para que o sonho do mestrado se concretizasse. À **Equipe do CAPS**, por ter me dado apoio e incentivo neste projeto, possibilitando e facilitando a realização da pesquisa naquele espaço. Muito obrigada, por tudo!

À **Patrícia Manozzo Colossi**, minha querida amiga! Pelo teu carinho, apoio e torcida constantes. Por ter amenizado as dificuldades, dividindo comigo longas madrugadas de estudo, me acompanhando de forma virtual, mas com uma amizade sincera, verdadeira, irreel!!! Me ensinaste muito com a tua força e determinação! Teu exemplo me inspira! Muito obrigada, de coração! E até a próxima!

*A todos vocês, o meu mais sincero, Muito Obrigada!*

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>SEÇÃO I – A Dinâmica Familiar de Crianças com Indicadores de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH.....</b>	<b>9</b>
<i>Resumo.....</i>	<i>9</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>9</i>
<i>Introdução.....</i>	<i>10</i>
<i>Método.....</i>	<i>15</i>
<i>Participantes.....</i>	<i>15</i>
<i>Procedimentos de coleta dos dados.....</i>	<i>15</i>
<i>Procedimentos de análise dos dados.....</i>	<i>16</i>
<i>Resultados e Discussão.....</i>	<i>17</i>
Caso 1 – Talita.....	17
Caso 2 – Gustavo.....	22
Caso 3 – Adriano.....	26
<i>Convergências entre os casos.....</i>	<i>31</i>
<i>Considerações Finais.....</i>	<i>34</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>36</i>
<b>SEÇÃO II - Conjugalidade em famílias com crianças com TDAH: um estudo de caso.....</b>	<b>42</b>
<i>Resumo.....</i>	<i>42</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>42</i>

<i>Introdução</i> .....	43
<i>Método</i> .....	49
<i>Delineamento, Participantes e Procedimentos</i> .....	49
<i>Resultados e Discussão</i> .....	51
<i>Considerações Finais</i> .....	61
<i>Referências Bibliográficas</i> .....	62
<b>PALAVRAS FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	71
<i>Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> .....	71
<i>Anexo B – Roteiro da entrevista semi-estruturada com a família</i> .....	72
<i>Anexo C – Roteiro da entrevista semi-estruturada com o casal</i> .....	73

## RESUMO

O TDAH é um dos transtornos mentais mais comuns da infância e adolescência, sendo estimado que de 3 a 5% das crianças em idade escolar apresentam este transtorno. Sua etiologia é ainda bastante discutida, não havendo um consenso. A literatura aponta muitos estudos que entendem que o TDAH é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica. Por outro lado, a relação de fatores psicossociais e familiares com a ocorrência de TDAH na prole tem sido estudada por diversos autores que apontam que conflitos familiares e conjugais são maiores em famílias com crianças com este transtorno, embora não esteja ainda claro se tais conflitos sucedem ou precedem o desenvolvimento do mesmo na criança. O objetivo do presente estudo foi analisar as características das relações familiares e conjugais de famílias com crianças com indicadores de TDAH. Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de estudos de caso. Os resultados evidenciaram dinâmicas familiares e conjugais disfuncionais e bastante conflituadas. As relações parentais foram caracterizadas por uma série de dificuldades de manejo, talvez influenciadas por conflitos anteriores do casal, outro ponto em comum entre os casos. Outro aspecto a ser destacado é a importância e intensidade dos aspectos transgeracionais nos casos estudados, o que evidenciou uma continuidade do modelo de funcionamento familiar e conjugal que os casais parentais tiveram em suas famílias de origem e que se perpetuou em suas novas famílias. Os resultados foram organizados em dois artigos empíricos: o primeiro deles que discute a dinâmica familiar de crianças com indicadores de TDAH; e o segundo artigo, que apresenta um estudo de caso único, cujo foco foi a conjugalidade em famílias com crianças com TDAH.

**Palavras-Chave:** dinâmica familiar, dinâmica conjugal, TDAH, crianças.

## ABSTRACT

ADHD is one of the most common disorders in childhood and adolescence, with estimated 3 to 5% school children presenting it. Its etiology is still widely debated, and there is no common sense about it. Literature has shown many studies according to which ADHD is a developmental disorder with strong neurobiological influence. On the other hand, the relationship between psychosocial and family factors and the occurrence of ADHD in the offspring has been studied by several authors who point out that family and marital conflicts are bigger in families with children presenting this disorder, although it has not become clear yet whether such conflicts precede or succeed its development in the child. This study aims at analyzing the characteristics of family and marital relationships in families with children with ADHD indicators. In order to do so, a qualitative-exploratory approach was used with case studies. Outcomes have shown dysfunctional and quite conflicted family dynamics. Parental relationships have been characterized by a variety of handling difficulties, perhaps influenced by the couple's former conflicts, another characteristic that these cases had in common. Other elements to be highlighted are the importance and intensity of transgenerational aspects in the cases studied, which pointed to a continuation of model of family and marital functioning that the parental couples had had in their original families, and that was perpetuated in their new families. The outcomes have been organized in two empirical articles: the first one discusses the family dynamics of children with ADHD indicators; the second one presents a single case study, whose focus was the conjugality in families with children with ADHD.

**Key-words:** family dynamics, marital dynamics, ADHD, children.

## APRESENTAÇÃO

Na clínica psicológica, muito freqüentemente, tem-se constatado a formulação do diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, sendo este um dos transtornos mentais mais comuns nesta faixa etária (APA, 2000). Apesar de a sua etiologia ser bastante discutida na literatura, não havendo um consenso, alguns estudos referem que este é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica (Jester *et al.*, 2005; Possa, Spanemberg & Guardiola (2005); Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004; Roman, Rohde & Rutz, 2002; Sauver *et al.*, 2004; Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura & Mattos, 2009). Por outro lado, há estudos mais direcionados à relação existente entre os fatores ambientais – psicossociais e familiares – e a ocorrência de TDAH na prole, que apontam que a disfunção familiar, ao interagir com a predisposição neurobiológica da criança, pode amplificar a expressão dos sintomas, modificando o curso do transtorno. Assim, esta disfunção poderia se configurar em um fator de risco para o desenvolvimento do TDAH na criança (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro & Regalla, 2006; Hechtman, 1996; Kilic & Sener, 2005; Kunrath, Wagner e Jou, 2006; Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro & Jara-Jiménez, 2006; Vasconcelos *et al.*, 2005).

O foco deste estudo foi a dinâmica familiar e conjugal de crianças com indicadores de TDAH, a fim de que se pudesse caracterizar as relações conjugais e entre pais e filhos nessas famílias. Foi realizado um estudo qualitativo-exploratório, baseado no procedimento de estudos de caso, sendo que os resultados serão apresentados em duas seções, contempladas por dois artigos empíricos. A Seção I apresenta um artigo

que discute os resultados de três estudos de caso realizados com famílias de crianças com indicadores de TDAH, caracterizando suas dinâmicas. A Seção II se constitui em um artigo que apresenta um estudo de caso único, com um casal com filho com TDAH, caracterizando a dinâmica conjugal do casal.

Uma vez que se entenda que uma dinâmica familiar e conjugal conflituosa possa vir a influenciar a ocorrência do diagnóstico de algum transtorno em uma criança e/ou adolescente (Benetti, 2006), é de suma importância que se busque compreender tais processos de forma mais completa, a fim de caracterizá-los para que possamos identificá-las precocemente e fazer intervenções não somente com a criança, mas também a nível familiar e, principalmente, de caráter preventivo, auxiliando essas crianças antes que tais situações lhes causem prejuízos das mais diferentes ordens. Um conhecimento maior dos aspectos envolvidos neste transtorno poderá também vir a auxiliar os profissionais que trabalham com crianças a diagnosticar, de forma mais eficiente, este transtorno apontando, a partir daí, o plano terapêutico mais indicado para cada caso.

## SEÇÃO I

### **A Dinâmica Familiar de Crianças com Indicadores de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH**

#### ***Resumo***

O TDAH é um dos transtornos mentais mais comuns na infância. Apesar de grande parte da literatura apontar para uma etiologia fortemente relacionada a fatores neurobiológicos, diversos estudos têm mostrado a influência dos fatores familiares na ocorrência deste transtorno. Este estudo analisou as características das relações familiares em famílias com crianças com indicadores de TDAH, que buscaram atendimento para o filho em um CAPS Infantil (Centro de Atenção Psicossocial). Os participantes foram três crianças entre 7 e 11 anos e seus pais. Foi utilizada uma abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de estudos de caso múltiplos. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semi-estruturada com a família e com o casal. A análise dos dados obtidos nos três estudos de caso indicou histórias de violência doméstica na infância dos casais parentais, conflitos conjugais, desvalorização e submissão das mulheres, depressão materna, sobrecarga de funções das mães e pouco comprometimento dos pais.

**Palavras-Chave:** TDAH, dinâmica familiar, crianças.

### **Family Dynamics with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Indicators**

#### ***Abstract***

ADHD is one of the most common mental disorders in childhood. Although most literature points out to an etiology strongly related to neurobiological factors, several studies have shown the influence of family factors in the occurrence of this disorder. This study has analyzed the characteristics of family relationships in families with children with ADHD indicators who sought for assistance to their child at a Children's Psychosocial Assistance Center. The subjects were three children between 7 and 11 years of age and their parents. A qualitative-exploratory approach was used with the procedure of multiple case studies. The instruments used were semi-structured interview with the family and with the couple. Analysis of the data obtained from the three case studies has indicated history of domestic violence, marital conflicts, women devaluation and submission, maternal depression, overloaded mothers and fathers with little commitment, in the childhood of parental couples.

**Key-words:** ADHD, family dynamics, children.

## ***Introdução***

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental com alta prevalência em crianças e adolescentes, que causa importantes prejuízos funcionais, como baixo desempenho acadêmico, dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais e na autoestima (Barkley, 2002; López-Villalobos, Serrano Pintado & Sánchez-Mateos, 2004; Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczik, 2000; Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004; Sukhodolsky *et al.*, 2005). É estimado que de 3 a 5% das crianças em idade escolar apresentam TDAH, sendo este um dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência (APA, 2000).

O TDAH apresenta três categorias de sintomas clínicos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Tais sintomas, no entanto, se apresentados de forma isolada, podem se configurar como algum problema na vida relacional da criança – com pais, colegas ou amigos - ou ainda alguma dificuldade com relação ao sistema educacional, além da possibilidade de associação a outros transtornos comumente encontrados na infância (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczik, 2000).

Em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, como Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis (CAPS), grande parte dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicoterápico está relacionada a sintomas de desatenção e impulsividade (Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004). Observando-se o cotidiano destes serviços, constata-se que tais encaminhamentos são realizados, em geral, pelas escolas das crianças.

Em ambientes escolares, profissionais da educação encontram dificuldades no manejo de crianças cujos sintomas de hiperatividade e desatenção dificultam o processo de aprendizagem. Conforme estudo de Gomes, Palmirini, Barbirato, Rohde e Mattos

(2007), no Brasil, esses profissionais apresentam baixo conhecimento acerca do transtorno. As famílias, tampouco, conseguem orientar a escola, uma vez que também não têm conhecimento nem preparo emocional para lidar com as dificuldades no manejo de suas crianças.

Para o diagnóstico deste transtorno, o DSM-IV (APA, 2000), apresenta como critérios: ocorrência do início dos sintomas antes dos sete anos de idade; manifestação dos sintomas em dois ou mais ambientes do contexto da criança; evidências de comprometimento no funcionamento social e inexistência de outro transtorno que justifique tais sintomas. O diagnóstico do TDAH é basicamente baseado em critérios estabelecidos em manuais oficiais, sendo essencialmente clínico e subjetivo (Brzozowski & Caponi, 2007).

A etiologia do TDAH é bastante discutida na literatura, não havendo um consenso quanto às causas do transtorno (Brzozowski & Caponi, 2007; Rohde & Halpern, 2004). Estudos referem que o TDAH é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica, referindo a influência de fatores ambientais apenas como fator que pode ou não estar presente e interagindo com a predisposição genética do indivíduo (Jester *et al.*, 2005; Possa, Spanemberg & Guardiola (2005); Rohde *et al.*, 2004; Roman, Rohde & Rutz, 2002; Sauver *et al.*, 2004; Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura & Mattos, 2009). Nessa direção, Rohde *et al.* (2004) destacam que, atualmente, o TDAH tem sido compreendido a partir de suas causas neurobiológicas, afirmando que a suscetibilidade a ele seja determinada por informações genéticas. No entanto, referem que os indivíduos que apresentam pré-disposição genética para o transtorno, mas não acentuada, somente apresentarão sintomas clinicamente significativos a partir de demanda ambiental intensa, o que destaca a influência dos fatores ambientais na manifestação dos sintomas de crianças com TDAH.

Por outro lado, pesquisadores têm estudado a relação de fatores ambientais, psicossociais e familiares com a incidência de TDAH na prole (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro & Regalla, 2006; Hechtman, 1996; Kilic & Sener, 2005; Kunrath, Wagner e Jou, 2006; Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro & Jara-Jiménez, 2006; Vasconcelos *et al.*, 2005). Estes estudos apontam que a disfunção familiar, ao interagir com a predisposição neurobiológica da criança, pode amplificar a expressão dos sintomas, modificando o curso do transtorno e configurando-se, assim, num fator de risco para o desenvolvimento do TDAH.

Em estudos que avaliaram a contribuição de fatores de risco psicossocial para a ocorrência de TDAH, bem como fatores sociais e familiares relacionados (Arango *et al.*, 2008; Biederman *et al.*, 2002; Busch *et al.*, 2002; Kilic e Sener, 2005; Rydell, 2010; Sauver *et al.*, 2004; Vasconcelos *et al.*, 2005) foram identificadas diversas situações relacionadas ao contexto familiar, tais como: brigas conjugais no passado, separação dos pais, psicopatologia materna, violência entre os pais, etilismo materno, assassinato de um familiar, aglomeração domiciliar, altos níveis de conflitos familiares, coesão familiar menor, classe social baixa e baixo nível de escolaridade dos pais. Neste sentido, as categorias de risco psicossocial apontam para situações relacionadas ao ambiente familiar altamente conflitivo, podendo desencadear diferentes sintomas na criança exposta a tais vivências.

Biederman *et al.* (2002) e Vasconcelos *et al.* (2005) preocuparam-se em verificar a relação direta entre estes fatores de risco e os prejuízos por eles produzidos, ou seja, o quanto tais fatores potencializam o diagnóstico de TDAH. O estudo de Biederman *et al.* (2002) buscou avaliar a relação entre os fatores de adversidade indexados por Rutter e o risco do diagnóstico de TDAH. Os indicadores pesquisados foram: discórdia marital

grave; baixa classe social; tamanho grande da família; criminalidade paterna e transtorno psiquiátrico materno. Os resultados apontaram que a presença de um indicador aumentou em 7 vezes o risco de diagnóstico de TDAH, a presença de 2 indicadores aumentou o risco em cerca de 9 vezes e de 3 indicadores em cerca de 34 vezes. O estudo concluiu que quanto mais disfuncional for a família, quanto mais dificuldades psicossociais apresentar, muito maior o risco de desenvolvimento de TDAH nos filhos.

Vasconcelos *et al.* (2005) também analisaram a contribuição dos fatores de risco psicossociais para a ocorrência do TDAH. Os indicadores de adversidade indexados por Rutter subsidiaram o estudo brasileiro, que utilizou delineamento comparativo entre crianças com e sem diagnóstico de TDAH. O estudo apontou que crianças cujos pais tiveram brigas conjugais no passado apresentam um risco 11,66 vezes maior de manifestar o TDAH.

Analisando-se as categorias que apresentam um risco mais elevado de influenciar o desencadeamento de um TDAH pode-se perceber o quanto estão relacionadas ao relacionamento conjugal, à saúde mental dos pais e ao desempenho das funções parentais em casais que apresentam tanto déficits sociais como afetivos em sua convivência. De acordo com Braz, Dessen e Silva (2005), uma relação conjugal conflituosa, além de representar prejuízos importantes para os filhos, pode, também, gerar sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais a família.

A depressão materna tem sido característica recorrente em casos de crianças com TDAH. Apesar da falta de clareza quanto à ordem dos acontecimentos, ou seja, se o quadro da mãe precede ou sucede o transtorno da criança, estudos têm apontado uma relação entre os quadros sintomatológicos (Anastopoulos, Guevremont, Shelton &

DuPaul, 1992; Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis, Jones & Raggi, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005). Numa sociedade em que os cuidados da criança ficam mais a cargo das mães, por vezes ocorre sobrecarga emocional, especialmente quando não há apoio social significativo, sendo, estas mães, ainda, cobradas pelas condutas e pelo baixo desempenho social e acadêmico dos filhos (Bellé *et al.*, 2009; Sances Masero, 2009).

Além das divergências etiológicas do TDAH, no que se refere à importância dos fatores ambientais, sociais e familiares, não há consenso na literatura acerca da forma como tais fatores se relacionam com o TDAH das crianças. Há uma constatação de que existe maior prevalência do transtorno em famílias que apresentam características disfuncionais. No entanto, não há clareza se tal disfunção influenciou o desencadeamento do TDAH ou se foi influenciada por ele (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992; Guilherme *et al.*, 2007; Pheula, 2010).

Presentación-Herrero *et al.* (2006) referem que os pais de crianças com TDAH confessaram que a presença do filho com o transtorno torna a convivência familiar mais difícil e acaba por influenciar o contexto familiar negativamente. Muitos pais dessas crianças concordam que a convivência dentro da unidade familiar sofre, no mínimo, uma rachadura, levando, em muitos casos, à destruição da estrutura, seja por não saberem ou por não conseguirem solucionar os problemas que vão surgindo (Sances Masero, 2009).

Mesmo que o transtorno possa se manifestar em todos os ambientes do convívio social da criança, e ainda que possa ser influenciado por suas vivências, a literatura aponta grande importância do ambiente familiar. Nesse sentido, como já visto, estudos têm demonstrado que conflitos familiares e conjugais, bem como estresse materno e/ou

familiar são maiores em famílias de crianças com TDAH (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Guilherme *et al.*, 2007; Kunrath, Wagner & Jou, 2006; Rydell, 2010; Sukhodolsky *et al.*, 2005).

Com base na literatura revisada, constata-se que, embora muitos estudos apontem para a associação entre conflitos familiares e conjugais e filhos com TDAH, ainda não está claro se os conflitos na família sucedem ou precedem o desenvolvimento do TDAH na criança. Tais interrogações justificam a relevância e a realização desse estudo, cujos objetivos foram: a) analisar as características das relações conjugais e entre pais e filhos em famílias com crianças que apresentam indicadores de TDAH e b) compreender como se organizam as relações mãe-filho(a) e pai-filho(a) nessas famílias.

### ***Método***

#### ***Participantes***

Participaram deste estudo três crianças com idades entre 7 e 9 anos, com indicadores de TDAH, que buscaram atendimento em um CAPS Infanto-juvenil de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, a partir de encaminhamento prévio, e suas respectivas famílias. Os participantes freqüentavam escolas públicas municipais, pertenciam à classe social baixa e os pais possuíam um baixo nível de escolaridade, não tendo completado o ensino fundamental.

#### ***Procedimentos de coleta dos dados***

O estudo foi pautado por uma abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de Estudos de Caso Múltiplos (Yin, 2005). As crianças participantes foram encaminhadas ao CAPS Infanto-juvenil por suas escolas e Unidades Básicas de Saúde, devido à impulsividade, déficit de atenção e hiperatividade, o que vinha trazendo

prejuízo ao seu desenvolvimento. Os participantes foram selecionados a partir de uma entrevista de triagem, realizada pela equipe técnica do CAPS Infantil com as crianças e seus pais, a fim de verificar a presença dos sintomas de TDAH. Com base neste indicativo, foram utilizados dois instrumentos para confirmar a presença desses indicadores de TDAH nas crianças, critério de inclusão no estudo. Foi utilizado o TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Benczik, 2002), respondido pelas professoras das crianças, e o CBCL - *Children Behavior Check List* (em português, Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência) de Achenbach (1991), adaptado no Brasil por Bordin, Mari, e Caeiro (1995), respondido por um dos pais de cada uma das crianças. Confirmados os indicadores, as crianças foram convidadas, juntamente com seus familiares, a participar do estudo. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (CEP 11/012) e todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo, concordando em participar e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na segunda etapa, foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Entrevistas semi-estruturadas com as famílias, a fim de estabelecer um *rapport* inicial, bem como observar as relações familiares e entre pais e filhos (ANEXO B); (b) Entrevistas semi-estruturadas com os pais, a fim de observar características da relação conjugal de cada casal parental (ANEXO C).

### ***Procedimentos de análise dos dados***

Como estratégia analítica geral, foi adotado o método de proposições teóricas formulado por Yin (2005). Inicialmente, realizou-se uma descrição abrangente de cada caso, organizada com base nos seguintes eixos de análise: relações conjugais; relações mãe-filho(a) e pai-filho(a). Posteriormente, utilizou-se a técnica de Construção da

Explicação, com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada caso e construir uma explicação sobre o mesmo. Por fim, utilizou-se a Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos, identificando convergências e divergências e buscando, dessa forma, evidências que auxiliassem a responder quais são as características das relações familiares de crianças com indicadores de TDAH.

### ***Resultados e Discussão***

#### **Caso 1: Talita<sup>1</sup>**

Talita, 7 anos, é a quinta filha de uma prole de seis, sendo que os primeiros quatro são filhos do primeiro casamento da mãe. Talita é fruto de uma única relação sexual da mãe e a caçula, Bruna, filha de sua mãe com o atual companheiro, Joel.

A mãe, Aurélia, vivia com o primeiro marido, próximos de sua sogra, com quem mantinha uma relação conflituosa. O marido, segundo ela, era ausente, passando dias fora de casa, sem auxiliá-la nos cuidados com as crianças. Além disso, era violento, tanto física quanto psicologicamente com a esposa e seus filhos, recebendo aprovação de sua mãe quanto à sua conduta agressiva. Aurélia, ao pedir a separação, foi obrigada a se afastar de casa com as crianças. Separada, envolveu-se com um homem, uma única vez, quando engravidou de Talita. Ela não revelou quem é o pai da menina, alegando que ele não sabia da existência dela.

Quando Aurélia e Joel se conheceram, ele também estava separado e morando com suas três filhas na casa de sua mãe. Neste mesmo dia, já falaram sobre a possibilidade de morarem juntos. Joel é alcoolista e Aurélia condicionou a relação deles ao seu tratamento, alegando que sofrera muito na infância em função do alcoolismo de

---

<sup>1</sup> Todos os nomes, assim como quaisquer informações que permitissem identificar os participantes, foram modificadas.

seu pai. Tanto Aurélia quanto Joel referiram história familiar de violência doméstica, bem como alcoolismo paterno e pouco envolvimento afetivo dos pais. Joel disse que *“apanhava de tudo, o que o pai achasse pela frente ia, não queria nem saber”*. Apesar de perceberem o dano causado por esse modelo de violência produzido em suas famílias de origem, agiam de forma semelhante com os filhos, quando lhes faltava recursos para manejá-los.

A união com Aurélia favoreceu a abstinência de álcool de Joel. Desde então, converteram-se à religião evangélica. Talita tinha pouco mais de um ano de vida quando Joel mudou-se para sua casa. Ela sempre soube que ele não era seu pai biológico, mas gostava muito dele e preferia negar a existência de outro pai, completamente desconhecido para ela. Convivia com a família extensa dele como se fosse realmente parte dela e era aceita da mesma forma.

Durante cerca de dois anos, Talita foi a caçula da família e a única das crianças tratada como filha por Joel. Desde o nascimento de duas primas pouco antes do nascimento de Bruna, Talita piorou muito o seu comportamento, deixando de ser *“o centro das atenções”* e demonstrando insatisfação com os cuidados dispensados aos bebês, principalmente pelo fato de que, como era muito agitada, todos sempre lhe solicitavam silêncio e melhores modos, chegando a lhe mandar embora de suas casas por mau comportamento.

Os vizinhos não gostavam da presença de Talita, alegando agitação e mau comportamento e os amigos não a queriam nas brincadeiras, porque, de forma recorrente, desentendia-se com o grupo por querer impor suas vontades. A professora queixava-se à mãe pelo mau comportamento e agitação excessiva, cobrando-lhe que procurasse ajuda para a menina. Na instituição que freqüentava no contra-turno escolar, como atividade complementar, os profissionais solicitaram à mãe que buscasse ajuda e

que ficasse mais presente no local, o que a fez optar por retirá-la das atividades por já estar “*de saco cheio de tanta reclamação*”.

Joel trabalhava o dia todo e pouco se preocupava com questões relacionadas às crianças. Apesar de auxiliar nas atividades da casa, era Aurélia quem mais se envolvia com os problemas provocados por Talita, tendo que estar sempre lhe repreendendo. Aurélia sentia-se muito cobrada por todos - vizinhos, parentes, amigos e escola - pelas condutas da filha, mas pouco auxiliada nessas situações. Por vezes, não sabia como agir, já que “*nada funciona*”. A família extensa criticava por não lhe dar uma educação mais rígida, transferindo somente a ela a responsabilidade pelas atitudes da menina. Nesse sentido, estudos afirmam que o baixo apoio social oferecido aos pais da criança por parte de familiares, amigos e conhecidos, associado às críticas e opiniões intrusivas destes com relação ao manejo com o filho e pela falta de controle deste, pode vir a causar um ressentimento na família (Barkley, 2002; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Sances Masero, 2009). Foi o que ocorreu com Aurélia, que se sentia ressentida com seus pais, irmãos e familiares pela postura dos mesmos. É comum a responsabilidade pelos cuidados do filho com TDAH recair mais sobre as mães que, sentem-se sobrecarregadas, sem apoio social e sofrendo muito com o transtorno (Brzozowski & Caponi, 2007; Kunrath, Wagner & Jou, 2006). Aurélia demonstrava desânimo quanto a essa situação, referindo que “*com a Talita nada adianta, se eu digo A ela faz B, ela não me escuta nunca. Isso cansa*”. Os comportamentos de Talita nunca correspondiam às expectativas da mãe e esta referia que tinha de ter “*muita paciência*”, o que refere não ter “*de onde tirar*” diante dos comportamentos negativos e de desobediência da filha.

Em relação aos irmãos, Talita apresentava comportamento invasivo e inconveniente, contribuindo para uma relação de conflito. Aurélia referiu que “*quando*

*ela abre os olhos, pronto, acabou o sossego na casa*". Percebe-se, com clareza, o conceito formado de que *"Talita, só incomoda"*. Aurélia apresentava esse discurso, inclusive, na frente da filha, que ouvia constantemente o quanto era mais agitada, impulsiva e inadequada que os irmãos. Isso lhe provocava revolta, o que lhe fazia buscar formas de chamar a atenção da mãe, através de comportamentos negativos obrigando, assim, a mãe a repreendê-la. Porém, quando isso não acontecia, Talita sentia-se menosprezada e preterida. Esta situação aponta para o ciclo vicioso referido por Barkley (2002), que sugere que o casal encontra dificuldades no manejo com a criança e acaba por se mostrar mais severo e intolerante do que com as crianças que não apresentam o transtorno, o que a leva a sentir-se rejeitada e desvalorizada e, assim, agir de forma ainda mais disruptiva para agredir os pais, reiniciando o ciclo vicioso.

Aurélia sentia-se desgastada com a dinâmica conflituada enfrentada, chegando a ser encaminhada para atendimento especializado devido a um quadro depressivo. A depressão materna é característica recorrente em famílias com crianças com TDAH (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis *et al.*, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005). Apesar de concordar que necessitava de ajuda, Aurélia não se dispôs a procurar atendimento por não ter tempo disponível *"pra mais um problema"* em sua minha vida.

Quanto aos cuidados com Talita, a menina sentia-se pouco valorizada, uma vez que, sempre que a escola solicitava que os pais a buscassem por algum motivo, eram os irmãos que exerciam essa função, já que os pais nunca podiam fazê-lo por estarem trabalhando. Da mesma forma, seus irmãos ficavam incomodados por terem que assumir uma função que não lhes cabia, e que não lhes parecia fácil de exercer.

O casal expôs o quanto Talita os envolvia em problemas familiares, fazendo com

que grande parte do tempo da família fosse tomado por assuntos referentes a ela. No entanto, era visível o comprometimento do funcionamento familiar expresso pela dificuldade no exercício das funções parentais e, conseqüentemente, pelos filhos, impedidos de permanecerem no seu lugar de filhos, assumindo funções inadequadas para eles. Contextos familiares disfuncionais como este potencializam o diagnóstico de TDAH, sendo que a presença de conflitos familiares e conjugais e estresse materno e familiar nesses casos é maior (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Guilherme *et al.*, 2007; Kunrath, Wagner & Jou, 2006; Rydell, 2010; Sukhodolsky *et al.*, 2005).

Aurélia queixava-se que era somente ela quem tinha que impor limites aos filhos, mas também referia não gostar que Joel assumisse um papel mais incisivo na criação dos mesmos. Somente com relação à Talita é que parecia realmente esperar dele uma postura mais participativa, já que ela mesma, às vezes, sentia-se desorientada quanto ao manejo mais adequado. Aurélia queixava-se de que Joel era muito permissivo e passivo no que se referia à educação dos filhos (*“ele é muito frouxo, por isso pedem pra ele, porque ele sempre diz sim”*), o que a fazia sentir-se cansada e sobrecarregada. Joel tentava poupar Aurélia de incomodações, preferindo vê-la mais calma para que pudessem *“tomar um chimarrão, conversar”*. Por isso, acabava por acobertar o não cumprimento de tarefas domésticas e escolares dos filhos, auxiliando-lhes em praticamente tudo para que Aurélia não ficasse brava quando chegasse em casa e, assim, pudesse dar a ele um pouco mais de atenção. Aurélia não concordava com a conduta do marido, acreditando que dessa forma os filhos não respeitavam o pai nem aprendiam a colaborar. A falta de comprometimento de Joel com relação à sua função paterna dificultou a Aurélia o enfrentamento dessa situação, deixando-a insatisfeita quanto à relação conjugal. Tal contexto pode vir a influenciar tanto a relação entre pais e filhos

quanto o próprio desenvolvimento da criança (Braz, Dessen & Silva, 2005). Apesar das discrepâncias de ponto de vista, pareciam negar essas diferenças e levarem a vida como se nada os incomodasse, o que não era real.

### **Caso 2: Gustavo**

Gustavo, 7 anos, é o segundo filho de Lucila e Sérgio, que têm ainda Paula, de 17 anos. Sérgio era motorista de ônibus e Lucila, dona de casa. Gustavo foi encaminhado ao CAPS pela escola e pela Unidade Básica de Saúde em função da sua agitação e desatenção, tanto na escola, quanto nos demais espaços de sua vida. A mãe estava esgotada e se mostrava insatisfeita com o cotidiano familiar.

Os pais casaram-se há mais de 20 anos, mas não sabiam dizer por que se casaram. Sérgio trabalhava na agricultura e era vizinho da mãe de Lucila em uma cidade da zona rural. Lucila morava em uma cidade maior, mas, aos finais de semana, ia para a casa da mãe, que estava doente, auxiliar nos cuidados e lá encontrava Sérgio. Ele acreditava que ela ia só para vê-lo, o que a deixava irritada, alegando que ele a perseguia, pois queria transar com ela, achando que ela *“fosse como as guriazinhas que ele pegava só pra isso”*. Não sabem dizer como decidiram se casar. Ela acreditava que era porque *“ele não largava do meu pé”* e, como ela não aceitava ter relações sexuais com ele sem estarem casados, acabaram se casando. Era visível a existência de uma relação de submissão de Lucila com relação ao marido. Ela apresentava autoestima baixa e Sérgio a desvalorizava e desqualificava de várias formas, deixando claro não acreditar no seu potencial nem mesmo para criar bem o filho. Segundo ele, *“ela quer fazer as coisas, mas o quê? Ela não sabe nada, só o serviço da casa, isso que é serviço que mulher tem que fazer, mais nada”*.

Lucila queixou-se da postura desrespeitosa de Sérgio que, quando saíam juntos, trocava olhares com algumas mulheres, o que denunciava que ele se relacionava com

mais intimidade com elas do que Lucila considerava normal. Ela acreditava ser traída, pois ele saía de casa para trabalhar com muita antecedência. Lucila disse que sempre soube “*que ele era mulherengo*”, mesmo antes de casarem, mas que esperava que o casamento fosse modificá-lo. No entanto, há mais de dez anos, recebera telefonemas anônimos detalhados que a fizeram acreditar nas traições. Porém, Paula era ainda pequena e, apesar de terem brigado muito, inclusive na presença dela, não se separaram “*por causa dela*”. Essa relação conjugal se mostrou, desde o início, bastante conflituosa, podendo, além de representar importantes prejuízos aos filhos, gerar sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais a família (Braz, Dessen e Silva, 2005).

Lucila fazia tratamento para depressão que a acompanhava há bastante tempo. Seu pai era alcoolista e violento, tendo tido a infância marcada por violência física e psicológica. Seu pai desqualificava a todos na casa onde moravam ela, seus pais, além de mais cinco irmãos. Proibia a todos de qualquer coisa que quisessem fazer, dependendo do seu humor (“*Não vai fazer porque eu não deixo, não quero, só isso*”).

Sérgio não conhecia a zona urbana até a idade adulta, mostrando-se preocupado em trabalhar, ganhar dinheiro, economizar e adquirir bens materiais. Alegou que sempre foi só isso o que lhe permitiram fazer: “*Lá em casa não tinha essas coisas de estudar, era trabalhar ou trabalhar. E muito, sem moleza, senão o pau comia. Meu pai dava de vara em nós, pra nós aprender a respeitar e trabalhar, porque sem dinheiro a gente não é ninguém*”. Lucila queixava-se da postura do marido, controlador com o dinheiro não permitindo que a família gastasse sem que antes ele avaliasse a necessidade. Possuíam vários bens e imóveis, mas ele ainda tinha como prioridade acumular mais. Quando Lucila trabalhava em uma creche, entregava-lhe o dinheiro que ganhava pedindo autorização para gastar quando julgasse necessário. No entanto, ele nunca concordava

com qualquer de seus gastos, dizendo sempre que *“tu só gasta em bobagem, não compra nada que presta, só pra jogar fora o dinheiro”*. Percebe-se a violência psicológica como aspecto relevante na história conjugal, sendo que valores impostos na infância se perpetuam na vida atual, como o próprio funcionamento violento, desrespeitoso e autoritário de Sérgio e a postura submissa e desvalorizada de Lucila.

O controle por parte do marido e a sobrecarga de funções de Lucila fez com que ela pensasse em voltar a trabalhar fora, o que foi desaprovado pelo marido. Lucila precisava de um tempo para si, pois durante o dia envolvia-se com afazeres domésticos e com Gustavo, que era muito agitado e lhe demandava atenção constante, deixando-a irritada com ele e com todos na casa, piorando muito a convivência da família. Muitos pais de crianças com TDAH acreditam que a presença de um filho com o transtorno dificulta a convivência familiar influenciando-a de forma negativa. O ambiente é mais tenso, há mais discussões, barulho constante, o que torna mais difícil que atividades cotidianas possam ser realizadas com tranquilidade (Brzozowski & Caponi, 2007; Presentación-Herrero *et al.*, 2006). Essa era a forma como Lucila se sentia no cotidiano *“lá em casa é sempre uma confusão, nunca tenho paz, não posso conversar com ninguém, o Guto não pára nunca. É muito difícil!”*.

Sérgio era alcoolista, mas, como era motorista de ônibus, só podia beber de dia nos finais de semana. Em função disso, não aceitava passear aos finais de semana, pois somente ele dirigia e, se saíssem de carro, não poderia beber. Então, Sérgio bebia em casa e dormia, deixando novamente os cuidados de Gustavo a cargo de Lucila, que sentia-se sobrecarregada com isso, com as cobranças da escola e, principalmente, dos familiares, no que se referia ao comportamento agitado e desobediente do menino. Barkley (2002) constatou que o processo de interação mães-filhos com TDAH pode se tornar um processo exaustivo, uma vez que as respostas dos filhos, por vezes, são

negativas em relação ao comportamento esperado pelos pais, que ficam sobrecarregados e perdendo a paciência diante das negativas dos filhos ou de suas freqüentes desobediências (Kunrath, Wagner & Jou, 2006). Lucila referiu várias vezes ter batido em Gustavo por não suportar mais seu comportamento inadequado, mostrando-se chateada por perceber que perdera o controle, tamanha sua irritação.

Com relação às cobranças da família em função do comportamento de Gustavo, Lucila mostrava-se ressentida, com baixo apoio social, referindo que *“é fácil apontar o dedo e dizer que o guri não obedece, que eu não sei educar, porque do Sérgio ninguém fala, só quando tá bom, senão é sempre a Lucila que não sabe nada, que faz tudo errado. Mas pra ajudar, daí não tem ninguém”*.

Com relação a Gustavo, ambos concordavam que não tinham controle sobre ele e que não agiam adequadamente na imposição de limites ao filho. O pai evitava discussões e conflitos, preferindo fazer as vontades do filho, *“pra ele não reclamar e não ter estresse”*. Gostava de brincar com ele, mas cedia sempre, deixando-lhe vencer as brincadeiras, para evitar conflitos *“porque o Guto não sabe perder, ele não gosta de perder, então eu deixo, a Lucila é mais durona, mas eu não gosto de brigas e discussões, então deixo assim”*. Lucila ficava incomodada com a postura do marido, pois acreditava que deveriam ter uma mesma linguagem para educá-lo.

A relação do casal apresentava uma série de dificuldades com relação às discordâncias quanto à educação de Gustavo, trabalho, finanças da família e atividades domésticas. Sérgio não tinha escuta quanto às queixas da esposa, que não estava satisfeita com a vida atual. Conforme Bellé *et al.* (2009), a autoestima das mães é influenciada por sua condição conjugal, sendo que ter um companheiro pode ser um fator de redução desse sentimento nessas mães. As dificuldades de comunicação entre o casal e a dissonância em sua compreensão da condição da criança acabam afetando a

autoestima materna em famílias com crianças com TDAH. Lucila estava bastante insegura, sentindo-se incompreendida e abandonada nos cuidados com Gustavo. Ela passou a sentir-se desanimada e fora encaminhada para tratamento de uma depressão, que já a acompanhava há bastante tempo, mas que havia se complicado naquele período. A depressão materna é uma característica bastante recorrente em casos de crianças com TDAH, e vários estudos têm apontado uma relação entre os quadros (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé, Andrezza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis *et al.*, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005). Lucila sentia-se desmotivada e desvalorizada, referindo que era difícil levar seu filho ao tratamento se era somente ela quem acreditava que ele precisava de ajuda, não podendo contar com o apoio do marido, que, além de não concordar com o trabalho, demonstrava, na frente do menino, acreditar que seu tratamento era totalmente desnecessário. Ela estava insatisfeita com a postura esquivada do marido em relação aos assuntos que diziam respeito a Gustavo.

A intimidade do casal estava, igualmente, invadida pelos problemas familiares, já que dormiam todos no mesmo quarto e Sérgio não aceitava o pedido de Lucila para modificar esta situação. Discordavam na maioria dos pontos de sua vida e, apesar de entenderem que isso não tinha a ver com a rotina com os filhos, percebe-se que esse era um dos motivos pelos quais eles mais discutiam, uma vez que ambos queriam muito fazer valer a sua opinião no que se referia ao que é importante para eles. Acreditavam que Gustavo não percebia quando discutiam, pois tentavam disfarçar, mas ficou claro que o menino entendia e participava de tudo que acontecia na dinâmica da sua casa.

### **Caso 3: Adriano**

Adriano, 9 anos, é o primogênito de Solange e José Renato, que ainda têm Alana, com 5 anos. Os pais eram separados e as crianças moravam com a mãe, na casa

dos avós maternos. José era pedreiro e Solange trabalhava na indústria, sendo que estava afastada do trabalho em função de uma depressão. Os dados deste caso foram obtidos em entrevista com Solange e com Solange e Adriano, uma vez que o pai não aceitara participar, apesar dos dois convites encaminhados a ele através da avó materna.

Solange é filha adotiva de Álvaro e Catarina que é, também, avó materna de José Renato. Ela fora adotada com dois meses de idade, em função de conflitos entre seus pais biológicos. O pai não acreditava ser mesmo seu pai e de sua irmã gêmea e, por isso, não permitia que a mãe lhes alimentasse com o que ele comprava para os outros catorze filhos. Sem condições de sustentá-las, a mãe as deu em adoção. Solange mantinha contato freqüente com irmãos, sobrinhos e mãe biológica, percebendo-se certa mágoa por ter sido a única (juntamente com a irmã gêmea) a ser rejeitada e dada por seus pais. Ela sentia-se grata a Álvaro por tê-la criado com amor de pai e por ter, até hoje, preocupação e cuidado com ela e seus filhos. Quanto à mãe, Solange disse que fora muito violentada por ela na infância, tanto física quanto psicologicamente, e que Álvaro chegava a intervir dizendo que se fosse para maltratar que ela não devia tê-la adotado. Com a proximidade com sua família biológica, Solange sentia muita vontade de modificar seu registro *“e voltar a ser filha da minha mãe”*. No entanto, Álvaro estava com câncer e era ela quem cuidava dele, pois sentia-se responsável, já que *“ele sempre me cuidou também e eu sou a única filha dele”*.

Solange tinha muita mágoa da mãe adotiva por tê-la maltratado. Referiu que durante toda a vida fora assim, com inúmeras surras na infância, culminando com a sua expulsão de casa juntamente com Adriano na época em que separou-se de José. Ela referiu as violências com muita mágoa e as relacionava ao estado depressivo em que se encontrava havia muito, juntamente com outras vivências difíceis que referiu ter tido. Sua mãe, Catarina, teve nove filhos com seu primeiro marido e, há quase trinta anos,

abandonou-os com o pai em uma cidade distante para fugir com o vizinho, Álvaro. Pouco tempo depois, adotaram Solange e vivem juntos até hoje.

José Renato é filho de uma das filhas que Catarina abandonou com o pai, seu primeiro marido. Desde a adolescência, ele freqüentava a casa da avó e até morou com eles por algum período, época em que ele e Solange começaram a se relacionar sexualmente. Solange alegava ter se apaixonado, mas não acreditava que o mesmo tivesse ocorrido com José. Não sabia dizer como o namoro começou, mas Catarina insistia que continuasse, porém em casas separadas, *“pra não virar logo casamento”*. Com esse afastamento, José se desinteressou por Solange, mas Catarina insistiu que prosseguissem, orientando a filha a engravidar do rapaz.

Solange percebia que ele não estava realmente envolvido naquela relação. Sentia-se desvalorizada, humilhada, mas sua mãe insistia que ela deveria engravidar dele para que eles se casassem e tivessem a família deles. Solange parecia não ver uma solução melhor para sua vida. José a desprezava e ela se submetia, parecendo acreditar que não merecia tratamento melhor. Fora rejeitada pelo pai biológico e maltrada pela mãe adotiva, sendo este o único modelo de relação que conhecia, tanto familiar quanto conjugal. A mãe biológica também era maltratada e desprezada pelo marido, que duvidara de sua fidelidade e, por isso, rejeitara Solange e sua irmã gêmea.

A relação com o José era instável, mas Solange acabou engravidando. Ele voltou a morar com ela na casa dos avós, mas isso também não durou muito, pois José continuava tendo sua vida de sempre, sem qualquer preocupação ou envolvimento com Solange e Adriano. Um dia ele a abandonou, sem dizer-lhe uma palavra sequer e, por isso, sua mãe a pôs para fora de casa juntamente com o bebê *“porque separada na minha casa, não”*. Sua relação com José Renato tornou-se uma sucessão de brigas e reaproximações, períodos sem se ver e reencontros esporádicos, sendo que Solange

afirmou não fazer idéia de quantas vezes já se separaram. E foi dessa forma que ela engravidou de Alana.

A relação de José Renato com os filhos era bem esporádica, já que ele não tinha uma vida estruturada em um único lugar. Fazia visitas rápidas, sem avisar previamente e sem nenhuma regularidade. Solange queixou-se de que ele nunca perguntava sobre os filhos, nunca pagou pensão nem se envolvia com os assuntos da escola. A literatura nos mostra que é comum que os cuidados das crianças acabem ficando mais a cargo das mães, seja por não trabalharem fora ou por terem uma carga horária menor, ou ainda pelo fato de os pais não concordarem com a existência de algum transtorno (Bellé *et al.*, 2009; Sances Masero, 2009). Tal postura provoca, muitas vezes, uma sobrecarga emocional grande, principalmente quando não recebem um apoio social significativo e, ainda, são cobradas pelas condutas negativas do filho e pelo baixo desempenho social e acadêmico do mesmo. Solange sentia-se dessa forma. Referiu que seus pais e irmãos, assim como vizinhos e a escola não lhe davam apoio quanto ao manejo com os filhos, mas a criticavam muito e, principalmente, dificultavam o exercício de sua função materna, desautorizando-a e quebrando constantemente as regras por ela impostas. Tal situação a deixava irritada e sem paciência, tornando-se explosiva com os filhos. Com relação a essa sobrecarga, Barkley (2002) refere que o processo de interação mães-filhos com TDAH pode vir a se tornar um processo exaustivo. Os filhos, ao apresentarem condutas negativas em relação ao comportamento esperado pelos pais como satisfatório, acabam por deixá-los sobrecarregados e fazendo com que percam a paciência diante das suas negativas ou freqüentes desobediências (Kunrath, Wagner & Jou, 2006). Quanto às críticas e opiniões intrusivas de conhecidos, amigos e familiares sobre o manejo com o filho e pela falta de controle deste, estudos apontam que tal postura pode vir a causar um ressentimento na família (Barkley, 2002; Bellé *et al.*,

2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Sances Masero, 2009), o que aparece claramente na relação de Solange com todos os integrantes de sua família, excluindo, somente em algumas situações, seu pai Álvaro, de quem referiu receber, ainda que pouco significativo, o único apoio quanto aos cuidados com seus filhos.

Solange estava em tratamento psiquiátrico e psicológico havia algum tempo em função de uma depressão que, segundo ela, há muito a perturbava. Não tinha tempo para si mesma, estava sem trabalhar e sentia-se presa aos filhos referindo “*não tem como eu fazer nada da minha vida, é só filho, filho e filho. Não posso sair, trabalhar, estudar, minha vida é isso. Ele (José Renato) tá livre, nem aí. E eu? Não me sinto bem dependendo da ajuda dos meus pais*”. Alguns estudos apontam que existe uma relação direta entre a depressão materna e o diagnóstico de TDAH de um filho (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé, Andreatza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis *et al.*, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005). No entanto, não há clareza quanto à ordem dos acontecimentos, ou seja, se o quadro da mãe precede ou sucede o transtorno da criança. Solange referiu que a depressão é antiga, mas a relaciona a múltiplos fatores, e, entre eles, a sobrecarga de cuidados exigidos por Adriano, em função da sua hiperatividade. Outros fatores que ela entendia terem influenciado eram a violência precoce e constante que sofrera, o descaso com que José tratava a relação deles, que ela alegava não saber classificar e sua frustração por não estar trabalhando. Era uma mulher triste e com muita mágoa por ter sido abandonada e via nos filhos a sua família, mas estava frustrada com o rumo que essa relação com os filhos estava tomando.

A relação de Solange com Adriano tinha seus altos e baixos. Havia momentos em que se entendiam bem, mas, em grande parte do tempo, viviam em conflito e Solange alegava não ter controle nenhum sobre a agitação, desobediência e desatenção

do menino. Sabia que brigava muito com ele, gritava e se descontrolava, alegando que os comportamentos impulsivos dele a irritavam muito. No entanto, admitia acreditar que não era possível criá-los sem violência física “*o Adri às vezes parece que pede pra apanhar e aí acabo dando nele*”. Apesar de desejar que o pai estivesse mais próximo, Adriano dizia gostar tanto do pai quanto da mãe, porém “*gostaria que a mãe fosse mais calma*”. Ele se incomodava muito com os gritos e xingamentos da mãe e ela percebia que quando estava muito irritada e “*gritona, ele me obedece menos ainda*”, levando à ocorrência do ciclo vicioso apresentado por Barkley (2002). Neste ciclo, a mãe, apresentando problemas pessoais percebe a conduta do filho com TDAH ainda mais disruptiva, reagindo a ela de forma mais rígida e punitiva e com maior irritabilidade com relação à criança. Esta, ao receber menos carinho, elogios, sente-se rejeitada e passa a comportar-se de forma mais rebelde, conflituosa e com nível maior de teimosia com relação aos pais. Tal postura pode vir a reforçar a idéia dos pais de que a criança é muito difícil de manejar, reiniciando, assim, o ciclo vicioso.

### ***Convergências entre os casos***

A análise dos dados obtidos nos três estudos de caso indicou, como pontos em comum, histórias de violência doméstica na infância dos casais parentais, conflitos conjugais dos casais parentais, desvalorização e submissão das mulheres, depressão materna, sobrecarga de funções das mães e pouco comprometimento dos pais.

A presença de violência doméstica na história dos pais foi um aspecto bastante evidenciado nos três casos. Situações de violência física e psicológica foram, além de referidas por todos, entendidas como algo que os feriu e magoou intensamente. Apesar da consciência destas marcas, todos os casais envolvidos admitiram que, em situações em que não encontram outro recurso, a violência acaba por ser uma ferramenta utilizada

para amenizar a conduta indesejada do filho.

Os conflitos conjugais também tiveram presença marcante nos três casos. Todos eles referiram dificuldades importantes no relacionamento conjugal, chegando a cogitar a possibilidade de divórcio, no caso de Gustavo, ou até a ocorrência do mesmo, no caso de Adriano. No caso dos pais de Talita, apesar dos conflitos entre eles não se mostrarem tão intensos, ambos tiveram uma relação extremamente violenta e conflituosa antes de se casarem. De acordo com Braz, Dessen e Silva (2005) a relação conjugal tem um papel importante no que diz respeito às relações estabelecidas entre os genitores e seus filhos. O suporte do cônjuge facilita o enfrentamento das situações, o que vem a contribuir para um desenvolvimento infantil bem ajustado. Uma relação conjugal conflituosa, além de representar prejuízos importantes para os filhos, pode também gerar sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais a família.

A desvalorização e submissão da mulher nessas dinâmicas foram fatores que potencializaram tais conflitos. Nos três casos, a postura dos maridos diante das mulheres no que se refere à educação dos filhos ou às suas opiniões sobre diversos assuntos foi de desvalorização e desqualificação, como se elas não tivessem capacidade de pensar e decidir sobre os assuntos da família com a mesma propriedade que eles. Punham-nas em uma posição de submissão que era aceita e incorporada por elas, que acabavam realmente por se anular quanto aos assuntos do casal e da família e, conseqüentemente, se deprimir.

Essa desvalorização e a falta de investimento em si mesmas levou-as a se sentirem desmotivadas e com uma baixa autoestima, quadro recorrente em casos de mães de crianças com TDAH (Anastopoulos et al., 1992; Bellé, Andreatza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman et al., 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis et al., 2006;

Kilic & Sener, 2005; Segenreich et al., 2009; Vasconcelos et al., 2005). Essa baixa autoestima também pode ser causada pelas dificuldades de comunicação entre o casal e a dissonância em sua compreensão da condição da criança (Bellé *et.al.* 2009).

Um aspecto que teve igualmente bastante destaque em todos os casos estudados foi a queixas das mães quanto à sobrecarga de funções exercidas por elas. Os cuidados com os filhos ficam, em geral, sob responsabilidade delas que, além de receberem baixíssimo apoio social e familiar, ainda recebem ferozes críticas quando a postura do filho não corresponde às expectativas dos mesmos. Nos três casos estudados, as mães sentiam-se desta forma, principalmente com relação à família, o que as levou a afastarem-se das mesmas em função de um grande ressentimento (Barkley, 2002; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Sances Masero, 2009). Os pais não se comprometem com nenhum dos cuidados necessários aos filhos, ficando saúde, escola, alimentação, além dos demais cuidados exigidos, completamente a cargo das mães, o que contribui para que se sintam ainda mais sobrecarregadas.

Um aspecto divergente entre os três casos foi o fato de que os pais de Adriano estavam separados. Tiveram uma história de muitas separações e a mãe alegou não considerar que tenham chegado a serem casados, uma vez que o pai de Adriano nunca assumira a relação de forma concreta. No entanto, a relação que tinham era, assim como dos demais casais estudados, extremamente conflituosa e a postura de ambos frente ao casamento e à família também converge com as dos demais casais estudados.

Ainda deve ser destacada a importância e intensidade dos aspectos transgeracionais presentes nos três casos estudados. Todas as características convergentes destes casos, características essas que definem o funcionamento desses casais e famílias, tiveram início antes mesmo do nascimento do(a) filho(a) portador do transtorno. Representam ainda, uma continuidade do modelo de funcionamento familiar

e conjugal que tiveram nas suas famílias de origem, desde a mais tenra infância, sendo transferidos para suas novas famílias.

As principais características das crianças com TDAH são o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Tais características mobilizam muito seus cuidadores em todos os âmbitos de sua convivência, uma vez que são características que dificultam muito o manejo dessas crianças, muitas vezes provocando sentimentos contratransferenciais bastante negativos. Diante de todos os aspectos referentes às vivências e histórias de vida dessas famílias, bem como às dinâmicas familiares presentes nas mesmas, pode-se pensar que estas mães e pais não estivessem completamente disponíveis para exercer as funções materna e paterna, respectivamente. Em todos os casos, constatou-se que eles sofreram privações das mais diversas ordens, além de uma importante falta de continência por parte dos seus cuidadores durante os seus próprios desenvolvimentos. Isso se manifestava na relação com os filhos e eles ora agiam de forma superprotetora não lhes impondo limites, ora de forma insuficiente, não os suprimindo com o afeto necessário e, assim, os filhos não encontravam a continência requerida para lidar com os seus impulsos e metabolizar suas angústias. Talvez, em alguma medida, essas crianças com TDAH acabassem assumindo o papel de bode expiatório da família e do casal, pois com o incômodo e a repercussão do seu transtorno, os problemas da família e do casal ficavam de lado, “abafados” e eles não precisavam se defrontar com os mesmos.

### ***Considerações Finais***

O diagnóstico de TDAH, apesar de estar relacionado a uma forte predisposição neurobiológica, é também influenciado pelos diversos contextos em que a criança está inserida e, destes, de forma especialmente intensa, pelo ambiente familiar. Mesmo que

se saiba que a suscetibilidade ao TDAH seja determinada por informações genéticas (Rohde *et al.*, 2004), diversos estudos apontam que um ambiente familiar disfuncional potencializa este diagnóstico. Em famílias que possuem um filho com este transtorno, os conflitos familiares e conjugais, assim como o estresse materno e familiar são maiores (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Guilherme *et al.*, 2007; Kunrath, Wagner & Jou, 2006; Rydell, 2010; Sukhodolsky *et al.*, 2005).

Esta pesquisa evidencia a importância desses fatores ambientais, em especial familiares e conjugais, no desencadeamento do diagnóstico de TDAH. Situações relacionadas a esses contextos, como histórias de violência doméstica na infância dos pais, conflitos conjugais, desvalorização e submissão das mulheres, depressão materna e pouco comprometimento dos pais foram questões que apareceram de forma repetida nas famílias estudadas. Dessa forma, entende-se que as dinâmicas conjugais dos casais parentais se mostraram bastante conflitadas e as relações entre pais e filhos caracterizadas por uma série de dificuldades de manejo, talvez influenciadas por conflitos anteriores do casal, outro ponto em comum entre os casos. As relações mãe-filho(a) mostraram-se mais intensas do que as relações entre pai-filho(a), uma vez que todas as mães estudadas alegaram serem as únicas responsáveis pelos cuidados com os filhos e pouco auxiliadas pelos pais, que demonstraram pouco contato e preocupação com os filhos, deixando a cargo da mãe tanto o envolvimento afetivo quanto prático da vida das crianças.

Quanto às causas do TDAH, não existe um consenso, apesar de sua etiologia ser bastante discutida na literatura. Assim, para que se chegue a esse diagnóstico, é necessária uma avaliação multiprofissional, a fim de que se possa analisar todos os fatores implicados em tal sintomatologia e a melhor forma de intervir (Guardiola, Fuchs

& Rotta, 2000).

Os resultados encontrados corroboraram a importância dos fatores ambientais para o desencadeamento do transtorno e contribuíram para uma caracterização das dinâmicas envolvidas. No entanto, não é possível generalizações, pois trata-se de um estudo qualitativo, que visou compreender os casos em profundidade, não permitindo considerações em larga escala. Estudos quantitativos também mostram-se importantes para que se possa confirmar tais resultados.

A clínica atual com crianças tem manifestado, em número cada vez maior, a ocorrência do diagnóstico de TDAH, o que tem exigido estudos e intervenções coerentes com essa demanda. Diante dos resultados apresentados por este estudo, percebe-se a importância da família na ocorrência e manifestação do transtorno. Desta forma, torna-se de suma importância que as famílias passem a fazer parte do tratamento dessas crianças, não somente como uma ferramenta para o tratamento, mas também como parte do transtorno. Considera-se importante a realização de mais estudos qualitativos para uma compreensão mais aprofundada dessas famílias a fim de que se possa pensar em intervenções também de caráter preventivo.

### ***Referências Bibliográficas***

Achenbach, T. M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

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

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.

Arango, L. Z., Mejía, M. U., Silgado, J. C. C. & Ochoa, J. W. C. (2008).

Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones com déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento em Medellín, Antioquia, Colombia 2004-2005. *Iatreia*, 21(4), 375-385.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Bellé, A. H., Andreazza, A. C., Ruschel, J. & Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.

Benczik, E. B. P. (2000). *Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Biederman, J., Faraone S. V. & Monuteaux M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and Without ADHD. *American Journal of Psychiatry*; 158:1556-1562.

Bordin, I. A. S; Mari, J. J; Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, v. 17, n. 2, p. 55-66.

Braz, M. P., Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2005). Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2): 151-161.

Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187.

Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E., Zallen, B. & Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD Among Children in

Pediatric and Psychiatric Clinics. *Psychiatric Services*, 53(9), 1103-1111.

Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26: 486–502.

Gomes, M., Palmmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. A. & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 56(2): 94-101.

Guardiola, A., Fuchs, F. D., Rotta, N. T. (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos Neuropsiquiatria*; 58(2-B): 401-407.

Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A. & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56(3): 201-207.

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

Jester, J. M., Nigg, J. T., Adams, K., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., Wong, M. M. & Zucker, R. A. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology*, 17(1): 99–125.

Kilic, B. C. & Sener, S. (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): i-vii.

Kunrath, L. H., Wagner, A. & Jou, G. Y. (2006). A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer? *Psicologia em Revista*, 12(20): 235-250.

López-Villalobos, J. A., Serrano Pintado, I. & Sánchez-Mateos, J. D. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3): 402-407.

McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: Carter, B. & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas (p. 144-166). 2ª. Edição.

Pheula, G.F. (2010). *Existe associação entre o funcionamento familiar e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: tipo predominantemente desatento?: um estudo de caso-controle*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre-RS.

Possa, M. A., Spanemberg, L. & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos Neuropsiquiatria*; 63(2-B): 479-483

Presentación-Herrero, M. J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. & Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurologia*, 42(3): 137-143.

Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2): 233-44.

Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria (Rio)*, 80(Supl2): S61-70.

Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Benetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3); 124-131.

Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczik, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl2): 7-11.

Roman, T., Rohde, L. A. & Rutz, M. H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4): 196-201.

Sances Macero, C. (2009). *Intervención familiar grupal em niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Dissertação (Mestrado). Universitat Abat Oliba CEU. Facultat de Ciències Socials. Llicenciatura em Psicologia. Barcelona – Espanha.

Sauver, J. L. ST., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L. & Jacobsen, S. J. (2004). Early Life Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(9): 1124-1131.

Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G. & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 42(5): 465-469.

Sukhodolsky, D. G., Rosario-Campos, M. C., Scahill, L., Katsovich, L., Pauls, D. L., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J., Findley, D. B. & Leckman, J. F. (2005). Adaptive, Emotional, and Family Functioning of Children With Obsessive

Compulsive Disorder and Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(6): 1125-1132.

Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. A., Werner, J. Jr., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S. O. & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(1): 68-74.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso– Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

## SEÇÃO II

### **Conjugalidade em famílias com crianças com TDAH: um estudo de caso**

#### ***Resumo***

A etiologia do TDAH ainda não é completamente conhecida. No entanto, a literatura tem apontado que conflitos familiares e conjugais são maiores em famílias com crianças com TDAH. Este estudo analisou características do relacionamento conjugal de um casal com filho com indicadores de TDAH, que buscou atendimento para o filho em um CAPS Infantil (Centro de Atenção Psicossocial) a partir de encaminhamento da escola e Unidade Básica de Saúde. Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de estudo de caso único. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semi-estruturada com o casal e genograma familiar. Os dados obtidos apontaram para uma conjugalidade bastante conflituosa, com um vínculo caracterizado pela desvalorização/submissão, baixo apoio mútuo e pouca intimidade do casal, além da influência de aspectos transgeracionais na história de vida de ambos.

**Palavras-Chave:** conjugalidade, crianças, TDAH.

### **Conjuality in families with children with ADHD: a case study**

#### ***Abstract***

The etiology of ADHD is not completely known. However, literature has pointed out that family and marital conflicts are bigger in families with children with ADHD. This study has analyzed the characteristics of the marital relationship of a couple with a child with ADHD indicators, who sought for assistance to their child in a Children's Psychosocial Assistance Center after it had been recommended both by the school and the Health Center. A qualitative-exploratory approach was used with the procedure of single case study. The instruments used were semi-structured interview with the couple and family genogram. Data have indicated a quite conflicted conjuality, with a bond characterized by devaluation/submission, low mutual support and little couple intimacy, as well as the influence of transgenerational aspects in both life stories.

**Key-words:** conjuality, children, ADHD.

## ***Introdução***

O foco deste estudo foi a relação conjugal de um casal com filho que apresentava indicadores de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH. Atualmente, no campo da Psicologia Clínica, com frequência, constata-se a formulação da hipótese diagnóstica de TDAH em casos de crianças e adolescentes. O TDAH é um transtorno mental com alta prevalência em crianças e nessa população e que causa importantes prejuízos funcionais na vida dos indivíduos que o apresentam, como baixo desempenho acadêmico, dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais, bem como quanto ao ajustamento psicossocial e à autoestima (Barkley, 2002; López-Villalobos, Serrano Pintado & Sánchez-Mateos, 2004; Rohde *et al.*, 2000; Rohde *et al.*, 2004; Sukhodolsky *et al.*, 2005). É estimado que de 3 a 5% das crianças em idade escolar apresentam TDAH, sendo este um dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência (APA, 2000).

O TDAH apresenta três categorias de sintomas clínicos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Tais sintomas, no entanto, se apresentados de forma isolada, podem se configurar como algum problema na vida relacional da criança – com pais, colegas ou amigos - ou ainda alguma dificuldade com relação ao sistema educacional, além da possibilidade de estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczik, 2000).

O diagnóstico deste transtorno é basicamente baseado em critérios estabelecidos em manuais oficiais, sendo essencialmente clínico e subjetivo (Brzozowski & Caponi, 2007). A existência de uma criança com este transtorno altera drasticamente a vida da família. O ambiente é mais tenso, há mais discussões, barulho constante, o que torna mais difícil que atividades cotidianas possam ser realizadas com tranquilidade.

As causas do TDAH são bastante discutidas na literatura, não havendo um consenso quanto a essa questão (Brzozowski & Caponi, 2007; Rohde & Halpern, 2004). Alguns estudos referem que o TDAH é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica, fazendo referência à influência de fatores ambientais apenas como fator que pode ou não estar presente e interagindo com a predisposição genética do indivíduo (Jester *et al.*, 2005; Possa, Spanemberg & Guardiola (2005); Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004; Roman, Rohde & Rutz, 2002; Sauver *et al.*, 2004; Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura & Mattos, 2009). Nesse sentido, Rohde *et al.* (2004) destacam que, atualmente, o TDAH tem sido compreendido a partir de suas causas neurobiológicas, referindo acreditar que a suscetibilidade a ele seja determinada por informações genéticas. No entanto, apesar dessa predisposição genética maior, sem que esta se mostre demasiadamente acentuada, estas crianças somente apresentarão sintomas clinicamente significativos a partir do momento em que a demanda ambiental passe a ser mais intensa. Dessa forma, os autores demonstram um entendimento de que, além dos aspectos neurobiológicos, há também fatores ambientais influenciando a manifestação dos sintomas em crianças com TDAH.

A relação de fatores ambientais, mais precisamente psicossociais e familiares, com a ocorrência de TDAH na prole, tem sido estudada por diversos autores (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro & Regalla, 2006; Hechtman, 1996; Kilic & Sener, 2005; Kunrath, Wagner e Jou, 2006; Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro & Jara-Jiménez, 2006; Vasconcelos *et al.*, 2005). Os estudos apontam que a disfunção familiar, ao interagir com a predisposição neurobiológica da criança, pode amplificar a expressão dos sintomas, modificando o curso do transtorno. Desta forma, tal disfunção poderia se configurar em um fator de risco para o desenvolvimento do TDAH na criança.

Em estudos que avaliaram a contribuição de fatores de risco psicossocial para a ocorrência de TDAH, bem como fatores sociais e familiares relacionados (Arango *et al.*, 2008; Biederman *et al.*, 2002; Busch *et al.*, 2002; Kilic e Sener, 2005; Rydell, 2010; Sauver *et al.*, 2004; Vasconcelos *et al.*, 2005) foram identificadas diversas situações relacionadas ao contexto familiar, tais como: brigas conjugais no passado, separação dos pais, psicopatologia materna, violência entre os pais, etilismo materno, assassinato de um familiar, aglomeração domiciliar, altos níveis de conflitos familiares, coesão familiar menor, classe social baixa e baixo nível de escolaridade dos pais. Os conflitos conjugais se mostram muito presentes entre os fatores que representam risco para este diagnóstico.

Biederman *et al.* (2002) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a relação entre os fatores de adversidade indexados por Rutter e o risco do diagnóstico de TDAH. Os indicadores pesquisados foram: discórdia marital grave; baixa classe social; tamanho grande da família; criminalidade paterna e transtorno psiquiátrico materno. Os resultados apontaram que a presença de um indicador aumentou em 7 vezes o risco de diagnóstico de TDAH, a presença de 2 indicadores aumentou o risco em cerca de 9 vezes e de 3 indicadores em cerca de 34 vezes. Os autores concluíram que quanto mais disfuncional for a família, quanto mais dificuldades psicossociais ela apresentar, muito maior é o risco de desenvolvimento de TDAH nos filhos.

Um estudo brasileiro, realizado por Vasconcelos *et al.* (2005), também analisou a contribuição dos fatores de risco psicossociais para a ocorrência do TDAH. Neste estudo, foi criado um questionário a partir dos indicadores de adversidade indexados por Rutter e realizado um estudo comparativo entre crianças com diagnóstico de TDAH e um grupo de casos controle. Diversos fatores de risco apresentaram nível de significância estatística. Os que tiveram nível de significância maior foram: “brigas

conjugais no passado”, “separação dos pais” e “depressão na mãe”. O resultado do estudo apontou que crianças cujos pais tiveram brigas conjugais no passado apresentam um risco 11,66 vezes maior de manifestar o TDAH.

Analisando-se as categorias que apresentam um risco mais elevado de influenciar no desencadeamento do TDAH, pode-se perceber o quanto estão relacionadas ao relacionamento conjugal e à saúde mental dos pais. Em ambos os estudos, os conflitos conjugais aparecem em destaque. Braz, Dessen e Silva (2005) referem que uma relação conjugal conflituosa, além de representar prejuízos importantes para os filhos, pode, também, gerar sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais esta família. De acordo com Benetti (2006), em um estudo teórico a respeito do desenvolvimento infantil e sua relação com a discórdia conjugal, pesquisas sobre esse assunto têm apontado que os conflitos conjugais estão relacionados a distúrbios em diferentes aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente, tais como nas áreas emocional, cognitiva e social.

No que se refere a fatores familiares que possam indicar risco de diagnóstico de TDAH no filho, uma característica que também foi destacada pelos estudos (Biederman *et al.*, 2002; Vasconcelos *et al.*, 2005) é a depressão materna. Este transtorno tem sido apontado por diversos estudos (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992; Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis, Jones & Raggi, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005) como uma característica recorrente em casos de filhos com TDAH. Existe uma falta de clareza quanto à ordem dos acontecimentos, se o quadro da mãe precede ou sucede o transtorno da criança. No entanto, os estudos têm apontado que há uma relação entre os quadros de depressão materna e TDAH no filho.

Os cuidados com as crianças acabam muitas vezes ficando mais a cargo das mães, seja por não trabalharem fora ou por terem uma carga horária profissional menor que o pai, seja pelo fato de o pai não acreditar que o filho tenha um transtorno ou mesmo por elas próprias acreditarem que tais cuidados sejam realmente uma atribuição delas. Essa postura gera uma sobrecarga emocional grande, uma vez que elas não recebem um apoio social significativo, sendo ainda, por diversas vezes, cobradas pelas condutas e pelo baixo desempenho social e acadêmico do filho (Bellé *et al.*, 2009; Sances Masero, 2009).

A literatura aponta ainda que a condição conjugal do casal também é prejudicada quando possuem um filho com TDAH (Bellé *et al.*, 2009; Guilherme *et al.*, 2007). O estudo de Bellé *et al.* (2009) apontou que a autoestima das mães fora influenciada pela condição conjugal, sendo que ter um companheiro foi um fator de redução desse sentimento nessas mães. Isso ocorre, segundo os autores, porque as dificuldades de comunicação entre o casal e a dissonância em sua compreensão da condição da criança acabam afetando a autoestima materna em famílias com crianças com TDAH.

Por outro lado, Braz *et al.* (2005), em seu estudo sobre a interdependência entre o subsistema conjugal e o parental em famílias brasileiras com crianças pré-escolares, apontam que a maior parte dos cônjuges que participaram do estudo acredita que o seu relacionamento influencia as relações genitores-criança de forma direta e indireta, e que os filhos interferem em suas relações maritais. Nessa direção, Presentación-Herrero *et al.* (2006) referem que os pais de crianças com TDAH confessaram, em seu estudo, que a presença do filho com o transtorno torna a convivência familiar mais difícil e que este acaba por influenciar o contexto familiar negativamente. Muitos pais de crianças com TDAH concordam que a convivência na unidade familiar sofre, no mínimo, uma rachadura, levando, em muitos casos, a uma destruição desta estrutura, seja por não

saberem ou por não conseguirem solucionar os problemas que vão surgindo (Sances Masero, 2009).

Com relação à dificuldade encontrada por muitos casais no que se refere ao manejo de uma criança com TDAH, Barkley (2002) propõe a ocorrência de um ciclo vicioso, que se processaria da seguinte forma: pais que já apresentam dificuldades pessoais percebem o comportamento do seu filho com TDAH ainda mais disruptivo e acabam tendo mais dificuldade de manejo do que pais sem os mesmos problemas; em função desta percepção, esses pais passam a reagir de forma diferente com a criança, com punições mais severas, desnecessárias e com uma irritabilidade com relação à criança; a criança passa a receber menos carinho, elogios, encorajamento, o que influencia o modo com ela se comporta com relação aos pais, aumentando o nível de teimosia, rebeldia, argumento e conflitos gerais; tal conduta por parte da criança pode vir a reforçar a ideia dos pais de que a criança é difícil de manejar, o que reinicia o ciclo vicioso, podendo tornar o quadro mais difícil.

Nessa mesma direção, Fincham (2003) refere que em famílias em que há conflitos, as crianças ficam ressentidas e modificam seus padrões de interação, passando a comportar-se de forma desajustada. Tal situação ocorre porque os pais, que nesses casos estão vivenciando sentimentos de desconforto em função dos conflitos advindos do ambiente familiar e conjugal, em virtude disso, não dispõem de tempo para os filhos e acabam por trocar seus antigos padrões amigáveis de interação por um novo padrão de omissão e/ou violência. Esses modelos de interação propõem uma relação direta entre conflitos vivenciados pelos pais de crianças com transtornos psíquicos e o desenvolvimento do próprio transtorno na criança.

Em síntese, estudos têm demonstrado que conflitos familiares e conjugais, bem como estresse materno e/ou familiar são maiores em famílias de crianças com TDAH

(Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé *et al.*, 2009; Brzozowski & Caponi, 2007; Guilherme *et al.*, 2007; Kunrath *et al.*, 2006; Rydell, 2010; Sukhodolsky *et al.*, 2005). De acordo com Benetti (2006), situações de conflito conjugal são um ponto importante a ser investigado em estudos sobre os distúrbios no desenvolvimento da criança e do adolescente. A imaturidade apresentada pelo casal parental produz um bloqueio no crescimento e desenvolvimento saudável de toda a família assim constituída, gerando sintomas nos filhos, das mais diferentes ordens (Cicco, Paiva & Gomes, 2005).

A partir da literatura revisada, constata-se que, embora muitos estudos apontem para uma associação entre conflitos conjugais e filhos com TDAH, ainda não está claro como esta relação se processa, se os conflitos do casal sucedem ou precedem o desenvolvimento do TDAH na criança. Tais interrogações justificam a relevância e a realização desse estudo, cujo objetivo foi: a) analisar as características da relação conjugal de um casal com filho que apresentava indicadores de TDAH.

## ***Método***

### ***Delineamento, Participantes e Procedimentos***

Com base numa abordagem qualitativo-exploratória, adotou-se o procedimento de estudo de caso único. Os participantes foram os membros de um casal cujo filho apresentava indicadores de TDAH e que buscou atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. A busca se deu a partir de encaminhamento da escola e da Unidade Básica de Saúde, devido à impulsividade, déficit de atenção e hiperatividade, o que vinha trazendo prejuízo ao desenvolvimento do menino. Inicialmente, os participantes foram selecionados a partir de uma entrevista de triagem, realizada pela equipe técnica do CAPS Infantil com o menino e seus pais, a fim de verificar a presença dos sintomas de TDAH. Com base

neste indicativo, foram utilizados dois instrumentos: TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Benczik, 2002), respondido pelas professoras do menino, e o CBCL - *Children Behavior Check List* (em português, Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência) de Achenbach (1991), adaptado no Brasil por Bordin, Mari, e Caeiro (1995), respondido pela mãe. Confirmados os indicadores, o casal foi convidado a participar do estudo.

Numa segunda etapa, foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Entrevista semi-estruturada com o casal, a fim de observar características da relação conjugal (ANEXO C); (b) Genograma (McGoldrick & Gerson, 1995), com o objetivo de compreender os relacionamentos e os padrões transgeracionais das famílias de ambos.

Como estratégia analítica, foi adotado o método de proposições teóricas formulado por Yin (2005). Inicialmente realizou-se uma descrição abrangente do caso, organizada com base nos seguintes eixos temáticos: história do casal; relacionamento conjugal; intimidade/sexualidade; apoio mútuo. Posteriormente, foi utilizada a técnica de Construção da Explicação, com o objetivo de analisar exaustivamente os dados do estudo de caso e construir uma explicação sobre o mesmo, buscando evidências que auxiliassem a responder quais são as características da relação conjugal em um casal com filho com indicadores de TDAH.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (CEP 11/012) e os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo, concordando em participar e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### ***Resultados e discussão***

Lucila<sup>2</sup> e Sérgio são pais de Gustavo, 7 anos, que foi encaminhado ao CAPS Infantil em função de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Inicialmente, Lucila foi buscar o atendimento, passando, com o filho, pelo processo de acolhimento e triagem. Ela e o marido foram juntos à entrevista do casal, mas ambos deixaram claro que Sérgio não estava disposto a participar do tratamento do filho. O casal tinha ainda outra filha, Paula, com 17 anos, que trabalhava e estudava.

Lucila e Sérgio se conheceram na juventude. Suas famílias eram naturais de uma cidade do interior, onde predominava a zona rural. Lucila, na adolescência, mudou-se para uma cidade maior a fim de conseguir um trabalho e Sérgio seguiu trabalhando na lavoura, até a idade adulta. A família de Lucila permaneceu em sua cidade natal, o que a levava a ir com frequência para lá. Sua mãe estava com câncer e ela costumava auxiliar nos cuidados aos finais de semana. Sérgio, que era vizinho da família de Lucila, interpretava suas idas para casa como uma forma de encontrá-lo, acreditando que ela estava interessada nele, o que irritava Lucila profundamente. Diferentemente de Sérgio, Lucila disse não ter se interessado por ele e não compreendia como chegaram a se casar. Ela relatou que ele e os irmãos sempre foram muito *“mulherengos, pegavam tudo quanto era guriuzinha assanhada, e achavam que eu fosse dessas”*. Para Lucila, era Sérgio quem *“vivia no meu pé, querendo transar comigo, como fazia com as outras”*. Sérgio não estudou, pois tinha que ajudar sua família no trabalho com o fumo. Também alegou que sempre preferiu trabalhar a estudar e viveu toda a sua infância na roça. Nunca havia saído da zona rural e não conhecia cidade, sendo que, quando começou a *“flertar”* com Lucila, passou a ir para a cidade, com o intuito de encontrá-la.

---

<sup>2</sup> Todos os nomes, assim como quaisquer informações que permitissem identificar os participantes, foram modificadas.

Casaram-se há mais de 20 anos, quando ela estava com 21 anos e Sérgio com 23. Lucila não lembra bem como foi a decisão de se casarem. Disse que *“ele insistia em transar e eu sou uma mulher direita, sempre fui, e não ia fazer isso sem a gente ser casados, até porque ele fazia com todas”*. Pensava que quando casassem ele se modificaria, que ela seria *“a única”*. No entanto, desde o início, esse foi um assunto que incomodou Lucila. Após o casamento, passaram a residir na cidade, onde ele começou a trabalhar como motorista de ônibus, função que exercia até o momento da avaliação. Há aproximadamente 10 anos, Lucila recebeu diversos telefonemas anônimos dizendo que Sérgio a estava traindo. Isso a deixou muito abalada. Sérgio fazia pouco caso do relato da esposa, como se não tivessem nenhum fundamento suas colocações *“ah, isso é bobagem, nem deve dar bola”*. No entanto, ainda ocorriam situações que a constrangiam em função do comportamento *“assanhado”* dele. Ela disse que não tinha mais vontade de ir a bailes ou ocasiões sociais porque ele *“fica olhando pra outras, e não tem o menor respeito pela minha presença. Quando eu não estou, até entendo, mas eu ali!”*. Sentia-se desrespeitada e desvalorizada por ele que sempre se mostrava alheio às observações, alegando não ter razão de ser *“isso é tudo coisa dela, eu fico com ela, a gente até dança”*. Ele entendia que ela se queixava da presença física dele ao seu lado, quando na verdade, o que Lucila reivindicava era que ele se importasse com ela, que estivesse envolvido e comprometido com a relação dos dois, não só em ocasiões pontuais do dia-a-dia da família, mas também nas demais situações da vida do casal. Somado a essa falta de comprometimento, Lucila tinha muita desconfiança de que ele a traísse, em função de vários indícios. Pelas falas do casal, pode-se perceber que o casamento não foi uma decisão, uma escolha, mas sim que nasceu das circunstâncias, da inércia de ambos diante de uma situação que não compreendiam bem a razão de estar ocorrendo. Assim, cada um entrou neste casamento com expectativas diferentes, ele

querendo ter relações sexuais com ela, que durante o namoro não concordava, e ela em busca de um companheiro, com quem pudesse compartilhar suas vivências. Também ficou claro pela fala de Lucila a falta de confiança em Sérgio, uma vez que percebia a forma com que ele se relacionava com outras mulheres, com uma liberdade excessiva, o que a fazia sentir-se desrespeitada e desconfiada. Sérgio contribuía com essa desconfiança, ao negar-se a discutir essas questões quando levantadas por Lucila, fazendo pouco caso de suas queixas, como se não tivessem nenhum fundamento.

A intimidade do casal era outro ponto em que discordavam, uma vez que Lucila sentia falta de momentos para os dois, a sós, e Sérgio não via necessidade alguma nisso. Ela se incomodava com a pressa do marido em ir para o trabalho - 1 hora e 30 min. antes do horário - por ser um horário em que o casal estava sozinho, os filhos na escola, podendo ocorrer um momento de maior intimidade, o que era muito difícil em outros períodos do dia. Sérgio, no entanto, apresentava uma série de argumentos para justificar a necessidade de chegar tanto tempo antes, como *“os patrões não falam, mas ele olham quem chega cedo...tenho que revisar bem o veículo pra não ficar sem gasolina ou andar com pneu careca”*. Eram nesses momentos que ocorriam as relações sexuais do casal, no entanto, de forma apressada e com pouco envolvimento afetivo, já que Lucila percebia que *“ele não tá ali comigo, preocupado em me agradar, é só pra satisfazer as necessidades dele...eu gosto de carinho, ficar junto, sabe?”*. Em outros horários, ele também encontrava formas de evitar estar sozinho com Lucila, pois os filhos dormiam no quarto com eles e, apesar de Lucila ter feito uso de vários argumentos para convencê-lo de que isso era inadequado, - pouco espaço, muito barulho, muito calor - Sérgio derrubou todos eles, providenciando tudo o que Lucila entendia faltar. Ele não aceitava que os filhos saíssem de lá, pois *“eu gosto de dormir com todos juntos, principalmente com o Guto, que eu tenho saudade e assim fico pertinho dele”*. Lucila se

ressentia por ele não sentir vontade de estar só com ela, mas acabava se submetendo à situação, mesmo sabendo ser inadequado para todos. Com relação à intimidade do casal, portanto, suas falas evidenciam que o espaço de intimidade e sexualidade encontrava-se comprometido e atravessado. Lucila sentia vontade de maior contato e maior envolvimento afetivo com o marido, enquanto ele parecia fugir deste contato mais próximo, aceitando as relações sexuais rápidas, sem comprometimento afetivo, e negando-se a investir em um pouco mais de privacidade na relação conjugal.

Enquanto Sérgio ficava das 17h às 4h trabalhando, Lucila passava o dia todo envolvida com as atribuições da casa. Parou de trabalhar na creche por insistência dele, pois *“ela ganhava pouco e se estressava. Prefiro assim, ela não precisa trabalhar e faz o serviço da casa melhor do que as empregadas que fazem tudo por cima. O que ela quer melhor que isso?”*. No entanto, Lucila não estava satisfeita com sua condição. Sérgio não concordava que tivessem uma empregada, o que tornava inviável o desejo dela de retornar ao mercado de trabalho. O vínculo do casal era de desvalorização por parte dele e de submissão por parte de Lucila. Sérgio não se importava com os desejos da esposa, só pensava nas preferências dele. Preferia tê-la em casa e, assim, manter a relação de submissão em que viviam do que vê-la satisfeita com sua condição, mais feliz e autônoma. Sua postura e discurso mostravam que ele realmente não se importava com a forma como Lucila se sentia, apesar de todos os seus apelos. O relacionamento era permeado por lacunas, não havia escuta um do outro, nem um espaço para que ambos pudessem expor suas expectativas e desejos. As falas evidenciavam que eles tinham um diferente posicionamento com relação às questões da vida: ela queria trabalhar, ser mais autônoma e independente; ele se mostrava autoritário e controlador, não respeitando o direito da esposa de fazer escolhas, exigindo que ela cumprisse o que ele acreditava ser *“a função da mulher”*.

Todos os assuntos práticos referentes à vida do casal e da família eram assumidos por Lucila. Ela referiu que *“não é que eu queira, mas é que se ele não tá nem aí, só pensa nas coisas dele. Eu queria ajuda, um companheiro, pra dividir as coisas...parece que eu sou sozinha, ele nunca participa de nada”*. Essa situação provocava em Lucila uma sobrecarga emocional uma vez que, além de não receber o apoio do marido, ainda sentia-se cobrada por ele, familiares e escola quando o comportamento do filho não correspondia às expectativas (Bellé *et al.*, 2009; Sances Masero, 2009). Por diversas vezes Lucila disse que *“por mim já teria me separado, ele não ajuda em nada, só me critica e reclama”*. Lucila mostrava que sentia falta de uma troca maior entre o casal e de apoio mútuo nas situações vivenciadas, alegando não sentir-se casada, já que estava sempre só nas dificuldades. Sérgio, por outro lado, mantinha sua postura de descompromisso com relação aos assuntos da casa e dos filhos, pois entendia que essas preocupações cabiam à esposa e não a ele, cuja função de sustentar a família ele assumia como a única em sua vida.

Diante da situação de desvalorização e abandono em que Lucila se encontrava, assumindo sozinha atribuições do casal e ainda, por vezes, sendo criticada por Sérgio, ela passou a deprimir-se, diminuindo sua autoestima. Conforme estudo de Bellé *et al.* (2009), a condição conjugal pode influenciar na autoestima da mulher, sendo que, segundo o autor, o fato de ter um companheiro foi um fator de redução deste sentimento nas mães. Isso porque as dificuldades de comunicação entre o casal e a dissonância em sua compreensão da condição da criança são fatores que influenciam nessa diminuição. No caso de Lucila e Sérgio, eram muitas as dificuldades de comunicação e as discordâncias quanto à melhor forma de lidar com os filhos. Lucila tentava conversar com Sérgio a respeito da forma como vinham educando seu filho e as dificuldades que ela vinha enfrentando, mas ele nunca se dispôs a discutir o assunto. Criticava a postura

dela “*a Lucila é dura, não deixa o guri fazer o que quer, fica colocando regras*”, mas ao mesmo tempo não propunha outra forma de agir nem obtinha sucesso na sua conduta com o menino, já que “*ele é bem difícil, não obedece a Lucila, mas nem eu. Só que eu deixo, prefiro não me estressar, a Lucila só xinga e do mesmo jeito não adianta. Então deixo fazer tudo como ele quer daí não tem estresse. Com ela é só discussão, ela não deixa nada*”. Cicco, Paiva e Gomes (2005) referem que a imaturidade apresentada pelo casal parental produz um bloqueio no crescimento e desenvolvimento saudável de toda a família, gerando sintomas nos filhos, das mais diferentes ordens. As discussões entre o casal eram constantes e Lucila se disse esgotada de tantos argumentos que já utilizou para mostrar ao marido que ele tinha que ajudá-la a impor limites ao filho, que tinha que assumir sua função de pai. Lucila percebia a inadequação da conduta de Sérgio e acrescentou que “*assim é fácil, não se estressa nunca, sou eu que sofro as conseqüências*”. Diante dessas dificuldades Lucila acabava por sentir-se abandonada, incompreendida e desmotivada. Em suas falas, fica clara a discordância entre os dois com relação à forma de educar os filhos. Lucila preocupava-se com a educação do filho, com a necessidade de encontrarem uma estratégia de manejo com Gustavo, enquanto Sérgio mostrava-se, mais uma vez, desinteressado e crítico, desqualificando a postura de Lucila, mas sem apresentar-lhe apoio. Ela não encontrava o companheirismo que esperava dele e se deprimiu, sentindo-se sobrecarregada. Quando uma relação conjugal se mostra conflituosa, além de representar prejuízos importantes para os filhos, pode, também, gerar sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais esta família (Braz, Dessen & Silva, 2005).

Lucila sentia-se esgotada por não ter espaço em sua vida para coisas de que gostava. Não tinha oportunidade de sair com amigas ou fazer algo que lhe desse prazer, nem, tampouco, para o casal estar só, momentos de lazer e prazer a dois. Essa situação a

fazia sentir-se irritada com todos na casa, dificultando ainda mais a convivência da família. Presentación-Herrero *et al.* (2006) referem que muitos pais de crianças com TDAH acreditam que a presença de um filho com o transtorno dificulta a convivência familiar influenciando-a de forma negativa. A existência de uma criança com TDAH altera drasticamente a vida da família (Brzozowski & Caponi, 2007). O ambiente é mais tenso e tumultuado, há mais discussões. O descaso de Sérgio frente às queixas da esposa piorou muito a situação, pois a deixou ainda mais sozinha. Sérgio sentia-se feliz por todas as conquistas financeiras que teve ao longo da vida, mas não incluía Lucila nelas. Não percebia a importância que ela teve em sua vida, por tê-lo amparado com seus cuidados constantes durante todos esses anos. Desvalorizava-a constantemente pelo fato de que, quando trabalhava, ganhava muito pouco *“porque não adianta, mulher trabalhando não funciona, mulher tem que cuidar da casa, dos filhos, fazer uma boa comida, essa é a função da mulher. Não sei do que ela quer reclamar, ela ganha tudo que precisa. Não deixo faltar nada pra ela”*. Por mais que ele entendesse que a estava beneficiando por não cobrar-lhe que contribuísse com dinheiro, ela sentia-se extremamente desvalorizada. Ele entendia que estava fazendo-lhe um favor por lhe dar as coisas de que ela precisava, não compreendendo que ele devia isso a ela, pois cuidar da casa também era uma forma de trabalho. Essa dinâmica vinha desgastando a relação do casal, levando Lucila a sentir-se muito desmotivada e entristecida. Na esfera profissional, Lucila estava muito frustrada. Sentia vontade de trabalhar, sentir-se produtiva, mas Sérgio dificultava essa realização, deixando-a sobrecarregada com as atribuições da casa e filhos e ausentando-se a maior parte do tempo.

De acordo com ambos, desde o início de seu casamento, foi sempre desta forma conflituosa que se relacionaram. Braz, Dessen e Silva (2005) apontam que uma relação conjugal muito conflituosa pode vir a representar importantes prejuízos aos filhos, gerar

sofrimento e dificuldades emocionais nos cônjuges, sobrecarregando e adoecendo ainda mais a família. Lucila estava em tratamento por uma depressão que já a acompanhava por bastante tempo. Estudos apontam que a depressão tem sido uma característica recorrente em mães de crianças que apresentam diagnóstico de TDAH (Anastopoulos *et al.*, 1992; Bellé, Andreatza, Ruschel & Bosa, 2009; Biederman *et al.*, 2002; Brzozowski & Caponi, 2007; Chronis *et al.*, 2006; Kilic & Sener, 2005; Segenreich *et al.*, 2009; Vasconcelos *et al.*, 2005). No início do casamento, sentia-se incomodada, mas não se autorizava a falar sobre o que sentia, por ter medo de conflitos. Teve uma infância bastante difícil em função dos graves conflitos conjugais de seus pais, bem como das violências de seu pai contra ela e seus irmãos. Tinha muito medo de viver os mesmos problemas que sua mãe. No entanto, aos poucos, foi percebendo que seu casamento era conflituado e que não era por falar as coisas que brigariam, pois já estavam brigando, mesmo que ela guardasse tudo o que sentia para si. Ambos alegaram que nunca se separaram por causa dos filhos, porque eles sofreriam muito com uma separação. No entanto, entendendo que os filhos tinham dificuldades e que precisavam deles juntos, encontraram uma forma de negar que o casamento apresentava conflitos e, assim, mantê-lo mesmo que entendessem que ele estivesse acabado, já que Sérgio não aceitava mudanças e Lucila não conseguia ficar feliz com a vida que eles vinham tendo. Ela disse que não teria problema em ficar sozinha, pois acreditava que seria mais fácil sem as dificuldades que Sérgio impunha para que ela se sentisse feliz. No entanto, ambos colocaram que se gostavam, “*eu gosto dela, queria ficar com ela*”, mas que, apesar desse sentimento “*a gente pensa muito diferente... ela é muito braba e cabeçuda*”, assim como, “*eu gosto dele, não digo que não, mas eu preciso e mereço ser respeitada, eu tenho meu valor*”. As colocações de ambos evidenciam as diferentes formas de entenderem o papel de cada um no casamento: ele, não possibilitando um

espaço de escuta e compreensão com relações às queixas da esposa e ela, demonstrando uma necessidade grande de ser escutada, de expor seus desejos e ser respeitada.

Os dados obtidos através do genograma evidenciaram que as relações conjugais dos casais parentais de Lucila e Sérgio apresentavam uma dinâmica bastante parecida com a deles. Sérgio referiu que seu pai tinha uma postura bastante rígida tanto com ele e seus irmãos, quanto com sua mãe, com quem se relacionava de forma violenta e muito autoritária. Seu pai era alcoolista, batia em Sérgio e nos irmãos e tratava sua mãe de forma muito desvalorizada *“como se ela fosse uma empregada dele, a mãe não tinha vez”*. Ela, por sua vez, assumia uma posição de submissão com relação ao marido, se anulando, pois *“a mãe não tinha boca pra nada, quem mandava era o pai e ponto, ninguém discutia, senão o pau comia”*. Os pais de Lucila também apresentavam uma relação conjugal permeada por muita violência psicológica, desvalorização e submissão. Lucila referiu que ela e os irmãos sempre sentiram muito medo do seu pai, pela sua postura violenta e autoritária, bem como de que ele realmente viesse a fazer algo contra a mãe, pois *“meu pai era muito agressivo, e ainda bebia, e a minha mãe não falava nada, tinha medo, obedecia tudo que ele mandava pra evitar brigas, mas ela vivia com medo, deprimida. Minha mãe teve depressão séria, sofreu muito, não era feliz”*.

O genograma evidenciou a importância da dimensão transgeracional dos conflitos na história deste casal. A conjugalidade de Lucila e Sérgio se apresentava de forma muito semelhante às dos pais de ambos, que apontaram para uma postura autoritária e de desvalorização das mulheres por parte dos maridos, assim com, uma forma submissa de agir das mulheres com relação aos mesmos. Era desta forma que o casal estudado se relacionava, chegando a própria a Lucila a referir que *“minha mãe sofreu tanto com a vida que tinha com o meu pai que eu jurei que nunca ia querer um marido assim, e agora... olha o que o que eu to passando, ele é que nem o pai dele”* ao

que Sérgio responde *“mas tu não é igual a tua mãe, ela era quietinha, não reclamava de nada. Tu tá sempre reclamando, braba, assim não dá pra querer”*.

Além disso, Lucila sofria por perceber que Sérgio fazia diferença entre Gustavo e Paula, dando ao menino mais regalias do que dava à Paula, pois *“é nítido que ele prefere o Guto, vive comprando presentes pra ele e com ela, que até trabalha, ele é pão duro. Não sei por que ele faz diferença, mas não é justo... ela é tão querida, não dá trabalho, obedece... é a melhor filha do mundo”*. Lucila disse que essa diferença entre os dois sempre existiu inclusive por parte da família de Sérgio, do pai dela e dos seus irmãos, que também sempre foram mais distantes com Paula. Sérgio não negou, mas também não encontrou uma justificativa ou explicação. Elogiou muito a filha, disse que ela o enchia de orgulho, mas sempre que falava de Gustavo se empolgava mais. Lucila disse sempre ter sido tratada de forma diferente dos irmãos meninos, o que a fazia pensar em uma desvalorização da mulher em relação ao homem, uma postura machista que ela disse existir tanto na sua família quanto na de Sérgio, mas também não sabia se a razão dessa diferença entre os filhos era realmente essa. Ela disse que *“pra eles (sogro, cunhados e pai dela) mulher sempre foi menos, olha a minha mãe... E eu sempre mal tratada, sempre pior que os meus irmãos e olha que eu nem abria a minha boca pra nada... mas nos dias de hoje? E a Paula, que é tão querida? Não entendo por que são assim”*. Sérgio também apresentava uma postura machista, alegando que *“mulher trabalhando não funciona, mulher tem que cuidar da casa, dos filhos, fazer uma boa comida, essa é a função da mulher”*, colocando-a em uma posição inferior, de menor capacidade do que a dele, o que provocava em Lucila uma diminuição ainda maior em sua autoestima e desejo de viver, chegando a dizer que *“assim não tem mais graça viver, só sofrendo... melhor sozinha, mas feliz”*.

### *Considerações Finais*

Os dados obtidos no presente estudo evidenciam a importância dos fatores ambientais, neste caso, conjugais, no desencadeamento do diagnóstico de TDAH na prole. No caso estudado, em que a família tinha um filho com TDAH, o casal estava bastante comprometido em diversas esferas. Apresentava uma conjugalidade conflituada, com um vínculo caracterizado pela desvalorização/submissão, baixo apoio mútuo e pouca intimidade do casal, além da influência de aspectos transgeracionais na história de vida de ambos.

É possível levantar a hipótese de que os conflitos conjugais do casal estudado antecederam o aparecimento dos sintomas de TDAH do filho. No entanto, não se pode afirmar que a disfunção conjugal tenha sido a causa do transtorno da criança, mas sim, que os dados obtidos corroboram a ideia proposta por Barkley (2002), de que em famílias como essa ocorre um ciclo vicioso, em que os conflitos conjugais e o TDAH do filho se retroalimentam. Por mais que os conflitos conjugais já existissem antes da manifestação do transtorno do filho, o problema do menino acabou aumentando a insatisfação conjugal. No entanto, a presença de um filho com tais dificuldades fez com que o foco fosse retirado dos problemas do casal, uma vez que o TDAH do filho é um problema suficientemente ruidoso para colocar em segundo plano os conflitos conjugais, possibilitando a manutenção de uma relação que nasceu pelas circunstâncias e se mantém sem que o próprio casal entenda o porquê.

Quanto às causas do TDAH, não existe um consenso, apesar de sua etiologia ser bastante discutida na literatura. Assim, para que se chegue a esse diagnóstico, é necessária uma avaliação multiprofissional, a fim de que se possa analisar todos os fatores implicados em tal sintomatologia e a melhor forma de intervir (Guardiola, Fuchs & Rotta, 2000).

Os resultados encontrados corroboraram a importância dos fatores que envolvem a conjugalidade do casal parental para o desencadeamento do TDAH e contribuíram para uma caracterização da mesma, no caso estudado. No entanto, não é possível generalizações, pois se trata de um estudo qualitativo, que visou compreender um caso em profundidade, não permitindo considerações em larga escala. Estudos quantitativos também se mostram importantes para que se possa confirmar tais resultados. Todavia, os resultados obtidos demonstram a importância de se continuar investindo em estudos que envolvam o campo da família, ainda pouco conhecido em sua relação com o TDAH, quando comparado aos estudos neurobiológicos. Apesar da reconhecida importância dos mesmos na etiologia desse transtorno, é fundamental que sejam estudadas todas as dimensões envolvidas nesse transtorno.

### ***Referências Bibliográficas***

Achenbach, T. M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

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

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.

Arango, L. Z., Mejía, M. U., Silgado, J. C. C. & Ochoa, J. W. C. (2008). Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones com déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento em Medellín, Antioquia, Colombia 2004-2005. *Iatreia*, 21(4), 375-385.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Bellé, A. H., Andrezza, A. C., Ruschel, J. & Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.

Benczik, E. B. P. (2000). *Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

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

Biederman, J., Faraone, S. V. & Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*; 158:1556-1562.

Bordin, I. A. S, Mari, J. J, Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, v. 17, n. 2, p. 55-66.

Braz, M. P., Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2005). Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2): 151-161.

Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187.

Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E., Zallen, B. & Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD Among Children in Pediatric and Psychiatric Clinics. *Psychiatric Services*, 53(9), 1103-1111.

Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26: 486–502.

Cicco, M. F., Paiva, M. L. & Gomes, I. C. (2005). Família e conjugalidade: os sintomas dos filhos frente à imaturidade do casal parental. *Psicologia Clínica*, 17(2), 53-63.

Fincham, F. D. (2003). Marital Conflict: correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, Rochester, v. 12, n. 1, fev. 2003.

Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A. & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56(3): 201-207.

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

Jester, J. M., Nigg, J. T., Adams, K., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., Wong, M. M. & Zucker, R. A. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology*, 17(1): 99–125.

Kilic, B. C. & Sener, S. (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): i-vii.

Kunrath, L. H., Wagner, A. & Jou, G. Y. (2006). A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer? *Psicologia em Revista*, 12(20): 235-250.

López-Villalobos, J. A., Serrano Pintado, I. & Sánchez-Mateos, J. D. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3): 402-407.

McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: Carter, B. & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas (p. 144-166). 2ª. Edição.

Possa, M. A., Spanemberg, L. & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 63(2-B): 479-483.

Presentación-Herrero, M. J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. & Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurologia*, 42(3): 137-143.

Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2): 233-44.

Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria (Rio)*, 80(Supl2): S61-70.

Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Benetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3); 124-131.

Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczik, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl2): 7-11.

Roman, T., Rohde, L. A. & Rutz, M. H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4): 196-201.

Sances Macero, C. (2009). *Intervención familiar grupal em niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Dissertação (Mestrado). Universitat Abat Oliba CEU. Facultat de Ciències Socials. Llicenciatura em Psicologia. Barcelona – Espanha.

Sauver, J. L. ST., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L. & Jacobsen, S. J. (2004). Early Life Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(9): 1124-1131.

Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G. & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 42(5): 465-469.

Sukhodolsky, D. G., Rosario-Campos, M. C., Scahill, L., Katsoyich, L., Pauls, D. L., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J., Findley, D. B. & Leckman, J. F. (2005). Adaptive, Emotional, and Family Functioning of Children With Obsessive Compulsive Disorder and Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(6): 1125-1132.

Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. A., Werner, J. Jr., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S. O. & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco

psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(1): 68-74.

Yin, R. K. (2005). Estudo de caso - Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman.

## **PALAVRAS FINAIS**

O trabalho com crianças com TDAH tem sido considerado um grande desafio na prática clínica. Além dos severos prejuízos acadêmicos, de ajustamento psicossocial e quanto à autoestima, também os relacionamentos familiares dessas crianças são prejudicados por dificuldades importantes. A existência deste transtorno altera drasticamente a vida da família (Brzozowski & Caponi, 2007). Ocorrem situações que são difíceis de serem imaginadas por famílias que não enfrentam esse problema. O ambiente é mais tenso, há mais discussões, barulho constante, o que torna mais difícil que atividades cotidianas possam ser realizadas com tranquilidade.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram dinâmicas familiares e conjugais disfuncionais e bastante conflituadas. As relações entre pais e filhos foram caracterizadas por uma série de dificuldades de manejo, talvez influenciadas por conflitos anteriores do casal, outro ponto em comum entre os casos. As relações mãe-filho(a) mostraram-se mais intensas do que as relações entre pai-filho(a), já que os pais, nos três casos estudados, mostraram-se ausentes e pouco comprometidos tanto com os filhos quanto com o relacionamento conjugal.

É difícil saber em que medida a ocorrência do diagnóstico de TDAH influenciou nessas questões apontadas, ou fora influenciado por elas. O que o estudo evidenciou é que algum nível de conflito já existia nessas famílias mesmo antes do nascimento das

crianças estudadas. Da mesma forma, outro aspecto a ser destacado é a importância e intensidade dos aspectos transgeracionais presentes nos três casos estudados. Tais aspectos representam uma continuidade do modelo de funcionamento familiar e conjugal que tiveram nas suas famílias de origem desde a mais tenra infância e que prosseguiram até a idade adulta, sendo transferidos para suas novas famílias.

Assim, pode-se entender que este estudo contribuiu para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas que envolvem uma criança com TDAH, indo ao encontro do que vem sendo percebido na prática clínica com essas crianças. Espera-se que possa servir como subsídio para a construção de novas formas de intervenção que envolvam as famílias de forma mais intensa nos tratamentos de seus filhos, assumindo sua posição não somente como parte do tratamento, mas também como parte importante no desenvolvimento e manutenção do transtorno.

A busca por essas respostas é o que tornou esta pesquisa um desafio realmente interessante para a pesquisadora. Foi na prática diária com casos dos mais diversos diagnósticos que tais questões foram se elaborando e fazendo com que o serviço de saúde especializado em transtornos mentais de crianças e adolescentes percebesse o quanto a presença e adesão da família ao tratamento contribuíam com o processo. Assim, conhecer a dinâmica de famílias com crianças que apresentam um dos transtornos mentais mais comuns desta faixa etária, certamente proporcionará aos profissionais que trabalham com essa demanda uma ferramenta a mais na construção de uma intervenção adequada e efetiva para esse sofrimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Biederman, J., Faraone S. V. & Monuteaux M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*; 158:1556-1562.

Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187.

Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A. & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56(3): 201-207.

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

Jester, J. M., Nigg, J. T., Adams, K., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., Wong, M. M. & Zucker, R. A. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology*, 17(1): 99-125.

Kilic, B. C. & Sener, S. (2005). Family Functioning and Psychosocial

Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): i-vii.

Kunrath, L. H., Wagner, A. & Jou, G. Y. (2006). A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer? *Psicologia em Revista*, 12(20): 235-250.

Possa, M. A., Spanemberg, L. & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 63(2-B): 479-483.

Presentación-Herrero, M. J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. & Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurologia*, 42(3): 137-143.

Rohde, L.A., Miguel Filho, E. C., Benetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3); 124-131.

Roman, T., Rohde, L. A. & Rutz, M. H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4): 196-201.

Sauver, J.L.ST., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L. & Jacobsen, S.J. (2004). Early Life Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(9): 1124-1131.

Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G. & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-

deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 42(5): 465-469.

Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. A., Werner, J. Jr., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S. O. & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(1): 68-74.

## ANEXOS

### *Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*

#### **Senhores Responsáveis:**

Visando contribuir para o campo de conhecimentos sobre as relações familiares de crianças com dificuldades de atenção e hiperatividade, desenvolveremos um estudo que terá como objetivo analisar essas relações, a fim de contribuir de forma mais efetiva nas intervenções clínicas realizadas em tais situações.

Sua participação nesse estudo, assim como a de sua filha/seu filho, implicará na realização de três entrevistas com a família e uma com o casal, sendo que, uma das entrevistas com a família será filmada para posterior análise. A qualquer momento, você pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para você e/ou seus familiares.

Todos os dados e informações obtidos nas entrevistas serão confidenciais, e ficarão arquivados por um período de 5 anos no CAPS Crescer – Centro de Atenção Psicossocial de Lajeado. O conhecimento que tais dados possibilitarão sobre as relações familiares poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se a identidade dos participantes.

A pesquisa não implica em qualquer risco para você e para seu filho/sua filha. Poderá ser experimentado algum desconforto ao tratar de assuntos relacionados às dificuldades que podem estar presentes nas relações familiares, mas ao participar do estudo você receberá o benefício do atendimento psicológico que veio buscar em nossa instituição.

A pesquisadora responsável por este estudo é a psicóloga Janaína Kriger Wagner, que pode ser contatada pelo telefone 3982-1122, no CAPS Crescer, assim como a professora Vera Regina Röhnelt Ramires, que pode ser contatada pelo telefone 3590-8326, na UNISINOS. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

-----  
Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informada(o) de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa acima descrita e:

( ) autorizo a realização do estudo, bem como o uso de minha imagem e concordo em participar;

( ) autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar do estudo, bem como o uso de sua imagem neste produzida.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Janaína Kriger Wagner

Local e Data: \_\_\_\_\_

***Anexo B – Roteiro da entrevista semi-estruturada com a família***

- 1) Gostaria que vocês falassem sobre as relações familiares de vocês.
- 2) Como é a relação com cada filho? Há diferenças? Quais?
- 3) Como se sentem em relação a cada um dos filhos?
- 4) Quais as dificuldades que sentem nos relacionamentos com os filhos?
- 5) O que consideram o mais positivo no relacionamento com os filhos e o que consideram o mais negativo, o mais difícil?
- 6) Gostariam de modificar alguma coisa nos relacionamentos? O quê?

Explorar também a perspectiva dos filhos, utilizando as mesmas perguntas norteadoras.

***Anexo C – Roteiro da entrevista semi-estruturada com o casal***

- 1) Como vocês se conheceram? Como iniciou o relacionamento de vocês?
- 2) Como é a relação de vocês? Quais as principais características do relacionamento?
- 3) Sentem alguma dificuldade? Qual?
- 4) O que gostam e o que não gostam?
- 5) Gostariam de mudar algo? O que?

- 6) As características e/ou dificuldades com os filhos impactam o relacionamento de vocês?
- 7) Fazem coisas juntos, somente o casal? Estão satisfeitos quanto a isso?
- 8) Como se organizam nos cuidados com os filhos?
- 9) Estão satisfeitos com essa divisão? O quanto se envolvem efetivamente e afetivamente nessas tarefas?

Explorar como foram as relações com as suas famílias de origem.