



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Marques de Souza Nunes, Maura; Guevara Werlang, Blanca Susana  
Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e  
escolares

ConScientiae Saúde, vol. 7, núm. 2, 2008, pp. 207-216

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92970209>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares

## *Attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorder: family and school aspects*

Maura Marques de Souza Nunes<sup>1</sup>; Blanca Susana Guevara Werlang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica – PUCRS;

<sup>2</sup>Psicóloga Clínica; Doutora em Ciências Médicas/Saúde Mental – UNICAMP; Professora Adjunta e Diretora da Faculdade de Psicologia - PUCRS, Pesquisador II – CNPq

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Blanca Susana Guevara Werlang  
Av. Ipiranga 6681 – Prédio 11, sala 924 - Bairro Partenon  
90619-900 - Porto Alegre – RS [Brasil]

### E-mail:

mnunes04@hotmail.com

### RESUMO

A identificação precoce, na família e na escola, dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta na infância e na adolescência, é de fundamental importância no processo de crescimento do ser humano e na compreensão e gerenciamento de sua sintomatologia e dos aspectos inerentes ao seu desenvolvimento e evolução. Este artigo, por meio de uma revisão não-sistemática da literatura, faz referência ao papel do ambiente familiar e escolar na formação dos sujeitos, tanto em nível psíquico quanto social e no emocional, tendo em vista o desenvolvimento global e saudável da criança e do adolescente. Além disso, expõe as características associadas aos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, destacando os fatores do ambiente familiar e escolar que podem acentuar ou minimizar suas manifestações clínicas.

**Descritores:** Ambiente escolar; Ambiente familiar; Transtorno de conduta; Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

### ABSTRACT

The early identification, in family and school, of attention/hyperactivity deficit and behavior disorders in childhood and adolescence, is fundamentally important to the developmental process of the human being as well as to the understanding and the management of their symptomatology and the aspects of their development and evolution. This paper, through a non-systematic revision of the literature, makes reference to the role of the family and of the school environments in the formation of subjects, in the psychic, the social and emotional levels, regarding the global and healthy developments of child and adolescent, besides, it exposes the characteristics associated with attention/hyperactivity deficit and behavior disorders, detaching those aspects of the family and school environment that can emphasize or minimize their clinical manifestations.

**Key words:** Attention deficit/hyperactivity disorder; Behavior disorder; Family environment; School environment.

## INTRODUÇÃO

A identificação de transtornos mentais na infância e na adolescência é fundamental para o processo de desenvolvimento pessoal. O tratamento, em fase precoce, e o gerenciamento adequado desses distúrbios no meio familiar e escolar possibilitam a evolução das habilidades e o desabrochar das potencialidades da criança e do adolescente, deixando pais e professores mais seguros em relação ao crescimento educacional desses jovens. Existem diversos transtornos mentais que podem interferir tanto na aprendizagem quanto na socialização e na formação da personalidade. Sabe-se que o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno de conduta (TC) repercutem, de forma invasiva, na vida da criança e do adolescente, rompendo com o desenvolvimento esperado para essa faixa etária. Os prejuízos ocorrem em diversas áreas – relações interpessoais, inserção social –, gerando problemas familiares e pessoais, tais como baixa auto-estima, frustrações, sensação de inadequação, além de problemas de adaptação ao ambiente acadêmico e no seu desempenho escolar.

O TDAH e o TC atingem um número significativo de crianças e adolescentes. Em razão da dificuldade de compreender e lidar com esses transtornos, muitas vezes, essa população é estigmatizada no ambiente escolar, sendo considerados alunos-problema, ou seja, aqueles que não querem aprender, atrapalham a dinâmica de sala de aula e são culpados por tudo o que acontece. Aliado a isso, muitos enfrentam conflitos com a família, caracterizando um grupo de risco para comportamentos desviantes mais graves; por isso podem ser rejeitados e não receber a atenção necessária para que progridam positivamente tanto em sua trajetória pessoal quanto na escolar. Torna-se imprescindível viabilizar o acesso a informações precisas a respeito desses transtornos, desenvolvendo um trabalho conjunto com as famílias e as escolas no que se refere à identificação de sintomas e ao tratamento adequado a essas crianças e adolescentes.

A família é primordial para o desenvolvimento humano, inaugurando um espaço de existência não só biológica, mas também psíquica. É o ambiente em que a criança em desenvolvimento se constitui sujeito, com identidade peculiar, suscetível às coisas do mundo, às relações, aos prazeres, às adversidades. É dela que a criança depende, desde o nascimento, tanto para sua sobrevivência no atendimento de suas necessidades básicas quanto para um adequado desenvolvimento emocional e psicossocial. Toda família constrói um jeito de ser, cuja base é a forma como seus membros se relacionam entre si, como circula o afeto, a comunicação e como lidam com as adversidades da vida. Além disso, podem ser mais flexíveis ou rígidas em seu funcionamento, aspectos que vão caracterizá-la como mais saudável ou disfuncional. A criança, envolvida no seu contexto, lança um olhar particular sobre sua família, na qual um padrão de conduta (relacionamento interpessoal, enfrentamento e resolução de problemas) se apresenta, tornando-se parte de uma trajetória singular. Tais componentes interacionais, aliados às características da criança, poderão predizer um desenvolvimento adequadamente saudável ou com alguma manifestação clínica. Sabe-se que comportamentos externalizantes, caracterizados por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão e até manifestações anti-sociais, desenvolvem-se, com frequência, em contextos de adversidade ambiental, nos quais a família se insere.

Por outro lado, a escola, como instituição de ensino, e as ações pedagógicas dos professores devem voltar-se para a formação de sujeitos ativos, reflexivos e participativos, visando ao bem-estar, à saúde e ao desenvolvimento global do aluno. Nesse processo, não é possível separar os aspectos cognitivos, emocionais e sociais presentes. A função da escola e dos professores é educar, trabalhando em conjunto com a família, para despertar e desenvolver, no aluno, competências e habilidades cognitivas e sociais. Já o papel da família é fundamental para a inserção da criança na es-

cola, pois é a ela que cabe, desde cedo, a decisão sobre o que seus filhos precisam aprender e quais instituições devem frequentar. Sabe-se que a convivência e o relacionamento familiar são fatores primordiais para desenvolvimento individual, a inserção da criança no universo coletivo e sua adaptação ao ambiente escolar. O relacionamento com os professores e a convivência com os colegas também são fatores decisivos para seu desenvolvimento social. Entender o indivíduo como parte de um sistema, com elementos que interagem entre si, influenciando cada parte e sendo por ela influenciado, traz uma luz à compreensão do desenvolvimento sadio ou disfuncional do ser humano, contribuindo para a reflexão sobre os contextos familiar e escolar, que podem ser elementos tanto de acolhimento, inclusão e segurança quanto fonte de sérios conflitos.

Diante desses aspectos, esta apresentação tem como objetivo realizar uma revisão teórica dos fatores do ambiente familiar e escolar que podem estar associados ao desenvolvimento dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, ou mesmo reforçando suas manifestações clínicas. Pretende-se colaborar com informações referentes aos transtornos e à importância da família e da escola para um adequado desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, para um melhor gerenciamento das manifestações clínicas abordadas, sem desconsiderar a importância dos demais fatores associados ao seu desenvolvimento.

### **Transtornos de conduta e de déficit de atenção/hiperatividade**

Crianças, entre 5% e 15% na primeira infância e entre 10% e 20% na adolescência, apresentam problemas emocionais ou de conduta importantes<sup>1</sup>. Tal incidência é preocupante quando se pensa nas repercussões desses problemas no desenvolvimento pessoal. Na escola, as crianças é que tendem a ser excluídas ou mal compreendidas, em razão da dificuldade que possuem de lidar com os sintomas do transtorno.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) tem uma prevalência maior no sexo masculino e caracteriza-se por sintomas como hiperatividade e impulsividade, com ou sem desatenção, ou somente por aspectos de desatenção inapropriados à idade. O diagnóstico detecta um padrão persistente de sintomas que inicia, geralmente, antes dos sete anos de idade, causando significativo prejuízo escolar, social e ocupacional. São manifestações desse transtorno a desatenção (falta de atenção a detalhes, dificuldade de manter atenção em atividades e de persistir nessas até o final, dificuldade de concentração e organização, falta de cuidado com seus materiais de trabalho, dificuldade em atender solicitações ou instruções), a hiperatividade (inquietação, correr ou locomover-se inapropriadamente, de forma excessiva, falar demais, dificuldade em participar de atividades sedentárias) e a impulsividade (impaciência, dificuldade para protelar respostas ou aguardar a sua vez, intromissão nos assuntos alheios, comentários inoportunos, desobediência a instruções, pegar objetos alheios, envolvimento em atividades perigosas). O TDAH pode manifestar-se com um padrão predominantemente desatento, ou hiperativo-impulsivo, ou por meio do tipo combinado, com ambos os padrões sintomáticos<sup>2</sup>.

As crianças e adolescentes com TDAH, em geral, são instáveis emocionalmente, agindo de forma impulsiva e irritadiça, podendo apresentar dificuldades em participar de atividades em grupo, falhas na produtividade e prejuízos no funcionamento acadêmico e social. A sensação de inadequação, baixa auto-estima e adversidades no grupo social provocam infelicidade e frustração, podendo gerar comportamentos autodestrutivos ou autopunitivos<sup>3</sup>.

Para confirmar o diagnóstico de TDAH, é necessário que os sintomas característicos desse transtorno sejam freqüentes e manifestem-se em mais de um contexto social. Ocorrendo somente em um ambiente, podem ser manifestações representativas de uma situação familiar caótica ou de um método de ensino inadequa-

do<sup>4</sup>. Muitas vezes, pode ocorrer que sujeitos com esse transtorno, consigam ficar, por um bom tempo, quietos e atentos, como por exemplo, diante de um programa de televisão ou do computador, o que pode ser explicado pelo fato de que a atenção e o controle motor estão também ligados à motivação por atividades consideradas interessantes, ou por tratar-se de atividades individualizadas, com estímulos reduzidos em torno do indivíduo. Cabe ressaltar que nem sempre a presença de manifestações como desatenção, hiperatividade ou impulsividade confirmam um diagnóstico de TDAH, podendo estar denunciando a ocorrência de outros problemas.

Estudos estimam que a frequência do TDAH se situe entre 3% e 6% em crianças em idade escolar, sendo esse um dos motivos da maior procura por atendimento em clínicas de saúde mental. A prevalência é maior no sexo masculino. Verifica-se que, praticamente, 50% das crianças que têm esse transtorno apresentam também transtorno desafiador opositivo ou de conduta. Entretanto, é importante diferenciar o comportamento opositivo de uma criança com TDAH, e de outra, cuja atitude seja de não submissão às exigências dos outros. A criança e o adolescente com TDAH, muitas vezes, resistem à execução de uma tarefa solicitada, como uma defesa, em razão de sua dificuldade em desempenhá-la bem. Os sintomas do TDAH podem entrar em remissão na puberdade, ou persistir até a adolescência, sendo possível, em alguns casos, evoluir para um transtorno de conduta, ou manter-se na vida adulta<sup>5</sup>. Sabe-se ainda, conforme Lopes, Nascimento e Bandeira<sup>6</sup>, que aproximadamente 67% das crianças e adolescentes com TDAH ingressarão na vida adulta ainda com alguns sintomas do transtorno tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, se não tratadas adequadamente.

O Transtorno de Conduta (TC) está associado a disfunções pessoais, familiares, sociais e acadêmicas<sup>7</sup>, assim como a um mau prognóstico para a vida adulta, com alto risco para depressão, tentativas de suicídio<sup>8</sup>, abuso de subs-

tâncias e complicações legais<sup>9</sup>. Esse transtorno caracteriza-se por um padrão persistente de comportamento, no qual há importantes violações de normas sociais ou dos direitos alheios. Essas manifestações concentram-se em quatro grupos de sintomas: atos agressivos a pessoas e/ou a animais; ações que provocam danos e/ou destruição de patrimônio; defraudação ou furto e sérias violações às regras e normas. Esse comportamento pode expressar-se em hostilidade, provocações, agressão física e comportamento cruel com pessoas e animais. Crianças e adolescentes com esse transtorno podem ser verbalmente abusivas, impudicas, manipuladoras, desafiadoras e negativistas em relação aos adultos. No ambiente escolar, adotam os seguintes comportamentos: mentiras, falta às aulas e vandalismos. As manifestações das condutas são variadas e estáveis, especialmente na família, escola e comunidade. Três ou mais desses comportamentos devem ter estado presentes nos últimos 12 meses ou, pelo menos, um deles nos últimos seis meses, para caracterizar esse transtorno. As crianças e os adolescentes sofrem sérios prejuízos sociais e interpessoais com esse tipo de manifestação psicopatológica, pois não conseguem desenvolver vínculos e, raramente, sentem-se culpadas ou responsabilizam-se pelo seu comportamento<sup>10</sup>.

O TC se desenvolve, mais comumente, em meninos, mas também ocorre em meninas. Geralmente, é diagnosticado antes dos 18 anos, podendo seus sintomas ter início na infância (antes dos dez anos) ou na adolescência (após os dez anos). Quanto mais cedo iniciar os comportamentos característicos, pior será o prognóstico, pois, nesse caso, a propensão é de que persista o transtorno até a adolescência, com probabilidade de evoluir para transtorno anti-social na fase adulta<sup>3</sup>.

## AMBIENTE FAMILIAR E ESCOLAR

A família é a unidade básica de experiência e crescimento, desempenho ou falha, saúde ou doença<sup>11</sup>. As funções da família têm dois objetivos: um interno, que se relaciona à proteção

de seus membros, e outro, externo, que visa à acomodação de seus integrantes a uma cultura e sua transmissão, tornando-se a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus integrantes. Compreendendo a família como um sistema, a abordagem dos problemas individuais passa a ter como enfoque o relacionamento da pessoa com o seu sistema familiar<sup>12</sup>. Em famílias saudáveis, segundo Gameiro e Sampaio<sup>13</sup>, as regras, os padrões e as fronteiras servem de guia para o crescimento grupal e individual, viabilizando que percorram seu ciclo vital (nascimento, educação e crescimento, entrada na adolescência e saída de casa, casal novamente só, velhice e morte), livres para mudar e adaptar-se. Já nas famílias disfuncionais, tais regras são usadas para inibir a mudança e manter o *status quo*. Nesse caso, as fronteiras podem ir de um extremo a outro, podendo ser difusas (emaranhadas) ou rígidas demais (desligadas)<sup>14</sup>. Assim, o comportamento de um indivíduo na família está relacionado ao dos outros e deles depende, e os padrões de interação transcendem a qualidade dos membros individuais<sup>15</sup>. A qualidade da estabilidade das relações familiares é determinada pela maneira como os membros da família interagem, cada um desempenhando o seu respectivo papel, afetando a capacidade de lidar com o conflito familiar e restaurando o equilíbrio após um transtorno emocional, o que caracteriza a flexibilidade de adaptação às mudanças. Quando há falha em encontrar uma solução efetiva para o conflito, pode ocorrer o colapso adaptativo de um indivíduo e, como consequência, uma doença emocional, caminho inverso ao crescimento<sup>11</sup>.

A importância da comunicação no contexto familiar é fundamental para o crescimento emocional de uma criança. Nesse contexto, a inconstância do comportamento dos pais é transmitida para os filhos, ou seja, famílias saudáveis, disfuncionais ou gravemente comprometidas, naturalmente, desenvolverão indivíduos com um padrão de funcionamento coerente ao vivido na sua matriz familiar, levando para sua vida, ou sérias dificuldades, ou pa-

drões adequados de interação e vinculação. Em famílias funcionais, há envolvimento, respeito, aceitação das diferenças, compartilhamento de liderança por parte dos pais, encorajando a autonomia pessoal dos indivíduos. As diferenças são resolvidas com negociação, e os sentimentos, expressos abertamente. Famílias com alguma disfuncionalidade, falhas na interação conjugal podem manter certo nível de relacionamento parental, possibilitando um desenvolvimento sem muitas dificuldades. No entanto, se a disfunção é crônica, com disputa de poder e submissão de um dos cônjuges, os filhos podem desenvolver desordens de conduta, pois dependem exclusivamente do membro dominante, levando, para sua vida social, problemas com figuras de autoridade. Famílias caóticas ou gravemente disfuncionais são desorganizadas e não conseguem cumprir suas tarefas, isolando-se do resto da comunidade. Os indivíduos que nelas se desenvolvem são incapazes de ser autônomos, livres, ou de constituir relacionamentos íntimos e dividir o poder<sup>16</sup>.

Por outro lado, alguns aspectos da vida familiar podem ser protetores no desenvolvimento infantil, como calor humano e coesão familiar, proximidade com irmão ou avós, adequada supervisão parental, boa relação com, pelo menos, um dos pais, harmonia e apoio conjugal, participação nas atividades da criança, habilidade no manejo do estresse, adaptação à mudança, capacidade de expressar sentimentos e disponibilidade a sistemas de apoio<sup>17,2</sup>. Assim, o ambiente familiar é um sistema em constante transformação, assegurando, se saudável, um equilíbrio dinâmico (diferenciação individual e coesão grupal), tornando-se fundamental para o desenvolvimento global da criança.

No que se refere ao ambiente escolar, sabe-se que propicia o primeiro grupo social no qual a criança se insere após a família; daí sua importância no processo de desenvolvimento individual e social. Torna-se um ambiente de referência para o indivíduo desde cedo, tanto no sentido educacional quanto no afetivo, pois é lá que as identificações e demais vínculos se-



guirão em formação, sedimentando o desenvolvimento psicológico, social e emocional iniciados na família. A forma como as relações com seus pares e professores se estabelecem e como o ambiente lida com suas manifestações comportamentais ou afetivas serão fundamentais para que a criança tenha um desenvolvimento saudável, ou com alguma manifestação clínica. A escola, de acordo com o sistema educacional adotado, pode interferir reforçando, ou não, algum desvio, mas também pode contribuir, por meio de um manejo adequado, para a reversão de alguma sintomatologia, e até mesmo conduzindo a um melhor prognóstico para a vida adulta.

O desempenho escolar depende de diferentes fatores: características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença dos pais e interação deles com escola e deveres) e do próprio indivíduo. O TDAH do tipo desatento está relacionado com um mau desempenho escolar; portanto, crianças e adolescentes com esse distúrbio fazem parte de um grupo de risco para a repetência e, muitas vezes, têm dificuldade de realizar sozinhas suas tarefas, principalmente quando o número de alunos em sala de aula é expressivo, necessitando serem constantemente lembradas sobre o que têm a fazer, precisando de um atendimento mais individualizado<sup>18</sup>.

Segundo Rohde e Benczik<sup>19</sup>, aproximadamente 25 a 30 % das crianças e adolescentes com TDAH têm problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. Crianças pré-escolares, de três a seis anos, apresentam mais sintomas de hiperatividade associados a dificuldades em tolerar limites e frustrações. Já escolares têm sintomas relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade. No entanto, no adolescente, há mais evidência de desatenção e impulsividade. Assim, uma abordagem múltipla sobre o transtorno, com intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, parece mais aconselhável, viabilizando à família e à escola informações claras e precisas sobre tal distúrbio. No âmbito escolar, as intervenções devem ter foco no desempenho escolar,

orientando os professores quanto à necessidade de uma sala bem-estruturada, com rotinas diárias previstas, sem estímulos distrativos e com estratégias de ensino ativas, não muito longas, individualizando, dentro do possível, o atendimento ao aluno com TDAH.

De forma semelhante, a criança ou adolescente com problemas de conduta também atravessam muitas dificuldades no ambiente escolar, em razão tanto das manifestações clínicas do transtorno quanto dos sentimentos que mobilizam nos colegas e professores. A criança resiste em frequentar a escola, tem manifestações agressivas verbais ou físicas para com os colegas e professores, desobedece muito, destrói objetos e apresenta condutas explosivas. Seu comportamento cria muitas dificuldades de convivência, pelo clima que gera na sala de aula e no próprio processo de ensino e aprendizagem da turma<sup>1</sup>. Problemas externalizantes antecedem as dificuldades escolares, mas também podem ser exacerbados por elas.

É importante entender que o rendimento, na vida escolar e nos demais aspectos da vida, somente pode ser explicado, tendo como base uma perspectiva global que considere, além das capacidades inteligentes de caráter instrumental do ser humano, o manejo das emoções e das relações sociais. Assim, são fundamentais ações preventivas de apoio e orientação junto à escola, na tentativa de encontrar soluções em conjunto para os conflitos entre os professores e os alunos com o TC, buscando formas mais adequadas de manejar as dificuldades do estudante. Quanto mais cedo o transtorno for identificado, mais o aluno e sua família se beneficiarão das ações preventivas<sup>20</sup>.

Muitas circunstâncias familiares adversas crônicas podem estar associadas a problemas de conduta ou a outras desordens emocionais nas crianças e adolescentes, tais como enfermidade mental dos pais, discórdia marital, falecimentos, separações, reconstituições familiares, famílias uniparentais ou numerosas, abandono emocional por parte dos cuidadores, maus-tratos, abuso emocional e até mesmo compor-

tamento suicida dos pais<sup>17</sup>. Sabe-se ainda que transtornos de comportamento e dificuldades escolares parecem ocorrer com maior frequência em famílias que apresentam alguma disfuncionalidade tais como constante luta pelo poder e dificuldades para estabelecer limites. Estudos realizados em diversos países analisaram a associação entre ambiente familiar disfuncional e problemas de comportamento em crianças<sup>7</sup>, nos quais foram identificados vários indicadores como agressão física à criança, ameaça, relacionamento distante e conflitos entre os pais e o filho, famílias impulsivas e agressivas, alcoolismo, má-integração familiar e social, rechaço, irresponsabilidade no cuidado e atenção.

Da mesma forma, mudanças na estrutura familiar afetam o comportamento e os processos psíquicos internos de seus membros. Assim, perturbações de personalidade e distúrbios na adaptação social podem ser mais bem entendidos como um padrão influenciado pelos efeitos recíprocos da interação familiar. O comportamento desviante passa a ser visto como a expressão funcional de interação emocional em relações significativas, cujo processo bidirecional molda sentimentos e ações<sup>11</sup>. São ambientes familiares muitas vezes caracterizados por práticas violentas de agressão, falta de afeto materno e conflitos entre os pais<sup>21</sup>.

Considerando os aspectos mencionados, um estudo que se propôs investigar as diferenças entre as práticas educativas adotadas por mães de crianças, com ou sem problemas de comportamento externalizante, em Pelotas/RS, demonstrou que as mães do grupo clínico (com problemas de comportamento) relataram utilizar, com mais frequência, estratégias educativas com força coercitiva do que as do outro grupo. Tais práticas coercitivas envolveriam privação emocional, ameaça de abandono, coação física e punição<sup>22</sup>. Outro estudo, realizado com crianças escolares brasileiras de quatro e cinco anos e suas mães, buscou prever comportamentos de externalização e internalização infantis, analisando a relação conjugal e os estilos parentais. Os resultados demonstraram que tanto o estilo

autoritário materno quanto a atitude conjugal conflituosa são fatores de risco para comportamentos de externalização<sup>23</sup>.

Em resposta a estresses internos e externos, crianças e adolescentes podem desenvolver um TC, que também pode estar associado a uma multiplicidade de fatores estressores ou vulnerabilidades biopsicossociais. Entre os fatores ambientais e familiares estão os seguintes: punição severa à agressividade da criança; tensão entre os pais; condições domésticas caóticas e negligentes, situação em que a criança não consegue desenvolver uma tolerância à frustração; métodos falhos na educação da criança; pais antisociais ou psicóticos; reforço negativo ao comportamento desviante; abuso infantil e de substâncias; privação socioeconômica; situações em que as crianças adotam os valores de sua própria subcultura<sup>24</sup>. Geralmente, pais de crianças com o transtorno disruptivo, no qual se inclui o TC, apresentam excessiva preocupação com questões de poder, controle e autonomia (pais passivo-agressivos e mães controladoras e deprimidas), podendo, até mesmo, apresentar um transtorno de personalidade anti-social ou abuso de substâncias<sup>7</sup>. Também há casos em que essas crianças foram filhos indesejados.

Estudos sugerem que *status* socioeconômico e problemas de comportamento apresentam uma relação mediada por processos de socialização, nos quais a punição, modelos adultos agressivos e estressores existentes na família estão presentes<sup>25</sup>. Crianças maltratadas na família podem tornar-se violentas e abusivas, repetindo um comportamento testemunhado, seja por modelagem ou por identificação, assim como agressividade e discórdia parental, em uma família, podem estar associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento, até mesmo, delinquentes<sup>26</sup>. A agressividade pode surgir como uma tentativa de resolver os conflitos ou, simplesmente, como resultado de uma interação dinâmica entre pessoas que desempenham diferentes papéis: o de agressor e o de vítima. Assim, desenvolve-se um padrão de funcionamento familiar que perpetua um estilo



relacional que acompanhará o indivíduo durante sua vida.

No que se refere à instabilidade familiar, ela pode ser definida como um conjunto de eventos que envolvem contínuas mudanças e falta de coesão na vida familiar da criança, como várias mudanças residenciais, relacionamentos íntimos múltiplos do adulto com envolvimento nos cuidados primários à criança, número de familiares com quem a criança mora, entre outros. Há estudos que associam o comportamento delinqüente de uma criança como resposta às expectativas inconscientes dos pais. Estes podem adotar padrões de disciplinas excessivamente rígidos ou, até mesmo, inconsistentes, ou sem controle algum<sup>24</sup>. O vínculo existente, por exemplo, entre os pais de um adolescente com algum distúrbio de conduta é, desde a infância, poderoso e caótico, caracterizando uma incoerência de conduta, ou seja, passam da passividade ou submissão à agressividade ou rejeição. Com base em alguns autores, Outeiral e Felipe<sup>27</sup> referem que o pai se apresenta, muitas vezes, ausente, distante ou desvalorizado, e a mãe, com um caráter de superproteção e engolfamento.

Sabe-se, atualmente, que a origem do TDAH é multifatorial, associando-se as variáveis tanto ambientais quanto clínicas, ou com base neurobiológica<sup>28</sup>. Muitas pesquisas sugerem a existência de componentes genéticos (hereditariedade), apontando que 25% dos familiares, em primeiro grau, das crianças com o transtorno também o têm. Mulheres com complicações na gravidez e no parto, e expostas a substâncias químicas como chumbo aumentam também as probabilidades de que a criança tenha o transtorno. Entende-se, no entanto, que os sujeitos que apresentam vulnerabilidade ao TDAH somente desenvolverão os sintomas se houver demanda ambiental maior<sup>4</sup>.

Estudos demonstram que fatores psicossociais, como privação emocional prolongada, eventos psíquicos estressantes ou familiares, abuso ou negligência e múltiplos lares adotivos, entre outros que induzem à ansiedade, podem estar relacionados ao desenvolvimento do

transtorno<sup>29, 26</sup>. Por outro lado, no caso de sintomas já existentes, alguns aspectos familiares – funcionamento familiar caótico, elevada discórdia conjugal, baixa instrução materna, nível socioeconômico familiar inferior e famílias com apenas um dos pais ou abandonadas pelo pai – podem determinar a persistência ou mesmo o agravamento do distúrbio. Agressividade elevada parece também fazer parte das interações familiares, contribuindo para comportamentos comuns ao TDAH – comportamento agressivo e de oposição desafiante<sup>19</sup>.

Enquanto outras teorias concebem o estilo parental permissivo como causa do transtorno, este estudo identifica-o também como consequência. É possível que a presença de uma sintomatologia mais intensa leve a mais dificuldades interacionais e alterações no estilo parental.

Percebe-se, sim, que há uma relação de bastante dependência entre a criança com TDAH e seu cuidador, especialmente a figura materna. Há uma tendência de que o cuidador proteja, em excesso, ou mesmo infantilize a criança, para compensar as dificuldades, os problemas familiares e escolares apresentados desde a tenra idade, decorrentes do transtorno. Muitas vezes, há conflitos entre os membros da família, em razão de divergências na forma de lidar com os comportamentos da criança, ou em decorrência de um intenso desgaste emocional. Entende-se que esses aspectos demonstram, de alguma forma, uma característica de funcionamento familiar anterior ao distúrbio, revelando uma família com mais conflitos, falhas na comunicação, pouca coesão e relacionamentos menos sadios.

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, evidencia-se que tanto a família quanto o contexto escolar têm influência no desenvolvimento ou no controle de aspectos individuais relacionados aos transtornos mentais na infância e na adolescência. Problemas de conduta e de atenção/hiperatividade podem, a longo prazo, levar a sérias ad-

versidades psicossociais para o sujeito, o que ratifica a necessidade de investimentos para intervir nesses problemas a fim de preveni-los, manejá-los e tratá-los.

Tanto a família, quanto a escola, representada especialmente na figura dos professores e coordenadores pedagógicos, pode conter, ou mesmo minimizar as consequências dos transtornos mentais desenvolvidos nas crianças e adolescentes, uma vez que servem de boas fontes de identificação para a modelagem de comportamentos saudáveis. O oposto também é esperado quando esses contextos não conseguem manejar ou trabalhar tais consequências, reforçando ainda mais os conflitos de seus filhos e alunos. Muitas atitudes provenientes da família e da escola estimulam comportamentos inadequados, o que pode ocorrer por meio de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, práticas educativas coercitivas, pouco monitoramento e supervisão insuficiente das atividades das crianças e adolescentes. Isso provoca um prejuízo nas suas interações, intolerância à frustração, dificuldade em lidar com adversidades e expressar sentimentos e opiniões e, conseqüentemente, sérios problemas e dificuldades escolares.

É com a entrada da criança na escola, com suas exigências, rotinas e regras, que os quadros do TDAH e TC se tornam mais claros. Nesse processo, é de fundamental importância a atuação do professor na busca de informações sobre os transtornos para melhor compreendê-los e encontrar formas mais adequadas de intervenção e trabalho junto aos alunos. Da mesma forma, os pais devem buscar informações nos meios disponíveis, ajuda profissional, ante manifestações e comportamentos que tragam dificuldades ao desenvolvimento de seus filhos e problemas familiares. Diante disso, é importante que haja uma comunicação fluida entre pais e escola, visando a um trabalho conjunto, com o objetivo de alcançar melhor aprendizagem, qualidade de vida e um desenvolvimento saudável dos filhos/alunos. Salienta-se que nem a família, nem a escola, sozinhas, darão conta dessas questões. É preciso, sem dúvida,

um trabalho integrado, no qual a família possa estar inserida no contexto escolar, participando e acompanhando o crescimento das crianças e dos adolescentes que carecem, na atualidade, de atenção e investimento adequados. Boa comunicação, atenção e afeto serão sempre norteadores para atitudes mais acertadas com relação às crianças e adolescentes com os transtornos analisados, primeiro e mais importante passo em direção às demais intervenções, visando ao alívio do sofrimento desses sujeitos e a um prognóstico mais favorável às suas questões.

## REFERÊNCIAS

1. Lópes F. Problemas Afetivos e de Conduta na sala de aula. In: Coll C, Marchesi A, Palacios J. Desenvolvimento psicológico e educação – transtornos de desenvolvimento e necessidades educacionais especiais. Porto Alegre: ArtMed; 2004; 3: 113-128.
2. Niederhofer H, Hackenberg B, Lanzendorfer K. Family Conflict Tendency and ADHD. Psychol Rep. 2004;94 (2):577-0.
3. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
4. Rodhe LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. J Pediatr.(Rio J). 2004; 80(2 Supl): S61-S70.
5. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition? World Psychiatry. 2003; 2: 104-13.
6. Lopes RMF, Nascimento RFL, Bandeira DR. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Aval Psicol. 2005; 4 (1): 65-74.
7. Serra-Pinheiro MA, Guimarães MM, Serrano ME. A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. Rev Psiquiatr Clin. 2005; 32 (2): 68-72.
8. Capaldi DM. Co-occurrence of Conduct Problems and Depressive Symptoms in Early Adolescent Boys: II. A 2 Year Follow Up at Grade 8. Dev Psychopathol. 1992; 4: 125-44.
9. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior from Preschool Behavior. Arch Gen Psychol. 1994; 51: 732-8.

10. Gorman-Smith D, Loeber R. Are Developmental Pathways in Disruptive Behaviors the same for Girls and Boys? *J Child Fam Stud*. 2005; 14(1): 15-27.
11. Ackerman N. Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
12. Foley VD. Introdução à Terapia Familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
13. Gameiro J, Sampaio D. Terapia Familiar. Porto Alegre: Edições Afrontamento; 1985.
14. Minuchin S. Famílias, funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
15. Werlang BG. Avaliação inter e transgeracional da família. In: Cunha J. A, organizador. Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000; 141-150.
16. Cruz FM, Ramos LJ. Dificuldades escolares. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: ArtMed; 2002; 350-369.
17. De La Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2002; 40(4): 347-60.
18. Pastura GM, Mattos P, Araújo APQ. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005; 6:324-9.
19. Rodhe LA, Benczik EBP. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
20. Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(supl II):12-5.
21. Ferreira MCT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol Reflex Crit*. 2002; 15(1): 35-44.
22. Alvarenga P, Piccinini C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicol Reflex Crit*. 2001; 14(3): 449-60.
23. Oliveira EA, Marin AH, Pires FB, Frizzo GB, Ravanello R, Rossato C.. Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. *Psicol Reflex Crit*. 2002; 15(1): 1-11.
24. Perepletchikova MAF, Kazdin A. Assessment of Parenting Practices Related to Conduct Problems: Development and Validation of the Management of Children's Behavior Scale. *J Child Fam Stud*. 2004; 13(4): 385-403.
25. Ackerman BP, Kogos J, Youngstrom E, Schoff K, Izard C. Family Instability and the Problem Behaviors of Children From Economically Disadvantaged Families. *Dev Psychol*. 1999; 35(1): 259-68.
26. Mcardle P, O'Brien G, Kolvin I. Hyperactivity and Conduct Disorder: exploring origins. *Ir J Psych Med*. 2002; 19(2): 42-7.
27. Outeiral J, Felipe M. Distúrbios de comportamento. Dificuldades escolares. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: ArtMed; 2002; 350-369.
28. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of Attention-deficit Hyperactivity Disorder: the Search for Endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*. 2002; 3: 617-28.
29. Dewolfe N, Byrne J, Bawden H. ADHD in preschool children: parent rated psychosocial correlates. *Dev Med Child Neurol*. 2000; 42(12): 825-30.