

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



O COMPORTAMENTO PARENTAL EM MÃES DE CRIANÇAS COM
DISTÚRBO HIPERACTIVO E DÉFICE DE ATENÇÃO (DHDA)

Margarida dos Santos Silva

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Pires

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado sob orientação de Professor Doutor António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Ao sempre acessível, exigente e também inovador Prof. Doutor António Pires, um agradecimento importante. O seu apoio, organização e também ideias novas foram muito importantes para o resultado deste trabalho.

Um agradecimento especial às mães que participaram no presente estudo pela sua disponibilidade e colaboração para falarem de forma tão aberta sobre alguém tão especial para si, os seus filhos. Sem a sua colaboração nada teria sido possível de concretizar.

Agradeço a colaboração do Dr. Nuno Lobo Antunes neuropediatra do CADIN, à Dra. Ana Lagartinho, coordenadora da Associação pró-infância o “Saltarico” de Santo António dos Cavaleiros, e da Dra. Sónia Rodrigues, psicóloga do Centro Paroquial e Social de Santo António dos Cavaleiros. Um agradecimento às delegadas de Almada e Lisboa da Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (APCH), Manuela Ferreira e Linda Serrão, respectivamente.

Aos meus pais, um agradecimento muito especial pelo seu apoio a todos os níveis ao longo do trabalho, pela demonstração constante de que lutando tudo é possível. Um grande obrigada por tudo.

Ao meu irmão e Lina, obrigada pelo incentivo e exemplo.

Ao Filipe agradeço a sua motivação, encorajamento e acompanhamento neste trabalho. Obrigada pelo sorriso constante e contagiante.

Às minhas colegas e amigas de sempre Daniela e Patrícia obrigada por serem quem são e estarem sempre presentes, independentemente da distância.

A todos, o meu muito obrigada.

Resumo

Procurou-se construir uma teoria sobre o comportamento parental de mães de crianças com hiperactividade. Os participantes são doze mães e um neuropediatra, tendo sido feitas catorze entrevistas no total. As mães têm idades entre os 36 e os 46 anos e as crianças têm idades entre os 7 e os 16 anos. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas e analisados pelo método da “Grounded Theory”. Durante os primeiros anos da criança, o seu comportamento irrequieto é desvalorizado pelas mães, sendo este atribuído a uma certa imaturidade da criança. Quando a criança entra para a escola e começam a surgir queixas de má-educação desta, juntamente com outros factores, estas mães atingem o limite das suas capacidades para suportar tal irrequietude e há um forte sentimento de culpabilização pelo seu próprio comportamento. Surge então a suspeita de hiperactividade e é iniciada uma procura desse diagnóstico. Obtido o diagnóstico e iniciada a medicação surge a esperança de que a criança possa ficar curada e surge uma nova criança que é aceite e elogiada em todos os contextos e que ensina a mãe a lidar com uma criança hiperactiva. O diagnóstico de hiperactividade corresponde para estas mães a uma absolvição da culpa sobre a causa do comportamento da criança, pois sentem finalmente que há algo que prova a sua inocência em relação à acusação de serem as culpadas pelo comportamento da criança. Perspectivando o futuro dos seus filhos estas mães mantêm um receio sobre este, tal como uma certa culpabilização por pensarem não ter sido capazes de dar os instrumentos necessários para o futuro da criança. A identificação de diversas fases pelas quais as mães passam ao longo dos anos de convivência com a criança, o sentimento de culpabilização que as acompanha, bem como a relação de indiferenciação que se desenvolve entre mãe e filho são algumas das características encontradas que não haviam sido identificadas por outros estudos anteriores.

Palavras-chave: Criança, Mãe, Hiperactividade, Comportamento Parental, Grounded Theory

Abstract

A theory was built about the parental behaviour of mothers whose children suffer from hyperactivity. The participants are twelve mothers and a neuropsychiatrist. The mother's ages are between 36 and 46 and the children's are between 7 and 16 years old. The data was collected through semi-structured interviews and analysed by the "Grounded Theory" method. During the child's first years mothers don't attribute much importance to the restless behaviour, attributing it to a certain immaturity of the child. When the child enters the school and the complaints begin, specially from the teachers accusing them of lack of education, altogether with some other factors, these mothers reach the limit of their capacities to support that restless behaviour and there's a strong feeling of culpability about their own behaviour. The suspicion of hyperactivity appears then, and the search for that diagnosis begins. The diagnosis being attained and the medication being initiated, the hope that the child becomes cured appears. With the medication, a new child appears, a child that is accepted and praised in all contexts and that teaches his mother to deal with a hyperactive child. The diagnosis of hyperactivity means, to these mothers, forgiveness for the cause of the child's behaviour, because they finally feel that there is something that proves they're innocent, concerning the accusation of being guilty of the child's behaviour. When they try to think about the future of their sons, these mothers hold some fear about it, and a certain sense of guilt, because they end up believing they haven't given the necessary instruments for the child's future. The identification of different phases through which the mothers go by the years of affability with the child, the feeling of culpability that accompanies them, as also an undifferentiation between mother and son are some of the characteristics found which haven't been identified yet in other investigations.

Key-words: Child, Mother, Hyperactivity, Parental Behaviour, Grounded Theory

O Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção (DHDA), é um sério distúrbio de infância que afecta 4 a 6% da população infantil estando associado a uma larga quantidade de diminuições nas crianças, tanto no presente como na sua vida futura (Johnston & Mash, 2001). Trata-se de um distúrbio que afecta 3% a 5% das crianças em idade escolar (DSM-IV, 1994, cit. por Campbell, 2000), havendo uma incidência maior nos rapazes (Barkley, 1997; Anderson et al., 1987; Cohen et al., 1993; Szatmari et al., 1989; Wolraich et al., 1996, cit. por Campbell, 2000). Apesar de ainda não haver consenso sobre o diagnóstico e definição deste distúrbio, segundo Barkley (1990, cit. por Lopes, 1998) as crianças que sofrem deste distúrbio são normalmente descritas como apresentando dificuldades crónicas de atenção, hiperactividade e impulsividade, tratando-se estas de características precoces e inapropriadas para o nível etário em que se manifestam, e por vezes são razoavelmente independentes das situações.

No que diz respeito à etiologia do distúrbio não existe ainda consenso, sendo que vários estudos têm apresentado conclusões que vão em direcções distintas. Por um lado, existem numerosos estudos que defendem o envolvimento de um mecanismo biológico, no caso um deficit no funcionamento do lobo frontal ao nível das funções executivas (Barkley, 1997; Moffitt, 1993; Pennington & Ozonoff, 1996, cit. por Campbell, 2000; Giedd, et al., 1994; Hynd et al., 1993; Semrud-Clikeman et al., 1994; Zametkin et al., 1990, cit. por Whalen & Henker, 1998). Por outro lado, também a influência familiar tem sido apontada como desencadeadora do distúrbio, sendo que tenderá a aparecer em famílias em que existem elevados níveis de hostilidade, comportamentos anti-sociais e dependência de drogas (Barkley et al., 1991; Faraone, Biederman, Keenan, & Tsuang, 1991, cit. por Whalen & Henker, 1998), depressão e ansiedade (Biederman et al., 1990, 1992, cit. por Campbell, 2000). Ainda no contexto familiar existem dados que suportam a hipótese de uma transmissão genética (Faraone et al., 1992, cit. por Whalen & Henker, 1998), o que é confirmado em estudos com gémeos (Stevenson, 1991, cit. por Fonseca, 1998; Goodman & Stevenson, 1989; Levy, Hay, Waldman, McLaughlin, & Wood, 1994, cit. por Whalen & Henker, 1998). Berger (2001), numa perspectiva dinâmica, aponta as interacções precoces muito deficientes como desencadeadoras do distúrbio, isto é,

depressão materna precoce; crianças submetidas a uma imposição educativa muito precoce sem uma possível negociação; mães instáveis ou “nervosas” no sentido de não serem calmas e terem um fundo de ansiedade; descontinuidade ou pobreza de investimento por parte do ambiente materno precoce; instabilidade associada a outras perturbações instrumentais; e, a instabilidade sem causa identificável, isto é, sem causa interactiva ou psicológica.

Os estudos científicos levados a cabo sobre as crianças com DHDA têm-se centrado maioritariamente sobre as características das crianças, no sentido de identificar todos os sintomas relevantes que estas crianças podem apresentar nos vários contextos em que se possam envolver. Estudos apontam que as crianças com DHDA tendem a apresentar uma maior carga emocional nas suas interações com as suas mães, que as crianças sem DHDA (Mash, 1997, cit. por Barkley, 1997), são crianças menos obedientes a direcções e ordens dadas pelas suas mães (Danforth, Barkley, & Stokes, 1991, cit. por Barkley, 1997).

Actualmente existem poucos estudos sobre as mães das crianças hiperactivas e serão ainda mais diminutos os que procuraram saber o seu ponto de vista com estudos qualitativos. Será de particular importância o estudo sobre as mães das crianças hiperactivas, pois a vivência da hiperactividade de uma criança na família é algo que provoca variadas alterações na dinâmica familiar e constitui muitas vezes um factor de elevado grau de stress que terá indubitavelmente repercussões negativas nos restantes membros da família. Existem dados que nos fornecem indicações sobre as consequências que os comportamentos dessas crianças têm sobre os seus pais, isto é, são pais que expressam frequentemente que se sentem esgotados, e por vezes até deprimidos, perante a inquietude e desorganização dessas crianças, mas estes serão ainda dados não empíricos (Fonseca, 1998). Segundo estudos quantitativos, as mães das crianças hiperactivas tendem a ser mais negativas e a dar mais ordens, mantendo as suas crianças sob um contexto muito estruturado e sob uma forte supervisão (Cunningham & Barkley, 1979; Danforth, Barkley, & Stones, 1991, cit. por Woodward, Dowdney, & Taylor, 1998). São igualmente mães que reprimem e castigam mais os seus filhos (Barkley et al., 1991, cit. por Woodward, Dowdney, & Taylor, 1998). Woodward, Dowdney, & Taylor, num estudo de 1998, mostraram que as crianças hiperactivas tendem a incitar níveis mais elevados de conflitos e afectos negativos nos seus pais, devido à sua extrema actividade e impulsividade. Na

elaboração de programas de treino parental para os pais das crianças com DHDA, nomeadamente o de Anastopoulos & Barkley (1989), muitas vezes não são tidos em conta os sentimentos e as vivências dos pais do problema dos seus filhos.

Tal como defendem Jackson e Mannix (2004), as mães têm um papel central na saúde de uma criança, tomando normalmente a responsabilidade de monitorizar a saúde do seu filho, bem como para procurar cuidados de saúde para o bem-estar deste. Enquanto mães, os comportamentos e acções de mulher são alvo de observação de maneiras que os homens enquanto pais não são, estando estes comportamentos e acções muitas vezes ligados à família e aos resultados na saúde da criança. Esta responsabilização das mães, por acções, comportamentos, saúde e bem-estar dos seus filhos, leva ao que Caplan e Hall-McCorquodale (1985, cit. Por Jackson e Mannix, 2004) consideram ser um problema agudo que é a culpabilização das mães. No seu estudo de 2004 relativamente ao fenómeno de culpabilização das mães, Jackson e Mannix, concluíram que para a maioria destas a culpa era experienciada como um fardo que lhes era colocado sobre os seus ombros por outros e, ocasionalmente, era algo com que elas próprias se sobrecarregavam. Sentimentos de culpa durante a doença de uma criança, podem ser atribuídos a dúvidas relativamente à competência parental, à natureza única da relação pais-criança e à incerteza relativamente à causa da própria doença (Surkan, Kreicbergs, Valdimarsdóttir, Nyberg, Onelöv, Dickman & Steineck, 2006). De acordo com Hazzard, Weston & Gutterres (1992, cit. por Surkan, et al., 2006), a discrepância entre a expectativa parental de ser capaz de proteger a criança e a incapacidade de levar a cabo o seu papel, pode levar a sentimentos de culpa. Sentimentos como humilhação, arrependimento e angústia são afectos desconfortáveis que contribuem para a culpa em graus diferentes, dependendo dos sujeitos e das situações (Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, Cermak & Rosza, 2001), bem como a atribuição interna de responsabilidade por acções particulares é crítica para o sentimento de culpa (Tangney, 1990, 1995; Weiner, 1986, 1995, cit. por Caprara et al., 2001).

Neste sentido, apesar de existir muita informação esta não está organizada em teoria, não existindo estudos qualitativos que utilizem por exemplo a Grounded Theory para elaborar uma teoria que unifique e organize a informação e para além disso utiliza entrevistas em que as mães das crianças hiperactivas podem falar livremente das suas dificuldades.

Assim, pretende-se com este trabalho conhecer a vivência destas famílias da situação de terem uma criança com DHDA, tendo como objectivo a elaboração de uma teoria sobre o comportamento parental em mães de crianças com Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção (DHDA), utilizando-se a Grounded Theory. Pretende-se com este trabalho contribuir para um aprofundamento do conhecimento sobre comportamentos, sentimentos, experiências e dificuldades vividas por estas mães, indo de encontro às suas necessidades.

Método

Participantes

Os participantes são doze mães de treze crianças diagnosticadas com Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção (DHDA) e um médico neuropediatra (num total de catorze entrevistas, porque uma destas mães foi entrevistada duas vezes). Oito destas entrevistas pertencem a trabalhos anteriores (Matias, 2004; Torrão, 2004). As mães têm idades compreendidas entre os 36 e os 46 anos e as crianças entre os sete e os dezasseis anos (7, 8, 9, 9, 11, 11, 11, 12, 13, 13, 13, 14, 16), sendo doze do sexo masculino e uma do sexo feminino. As crianças foram diagnosticadas com o distúrbio com idades compreendidas entre os seis e os quinze anos por um neuropediatra e psicólogos.

Procedimento

Foram contactados quatro centros de atendimento a crianças hiperactivas, o Centro de Apoio para o Desenvolvimento Infantil (CADIN), a Associação pró-infância o “Saltarico”, o Centro Paroquial e Social de Santo António dos Cavaleiros, e a Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (APCH). As mães foram referenciadas pelo neuropediatra (CADIN) e/ou pelas psicólogas das crianças, que falaram inicialmente com as mesmas, inteirando-as do estudo que pretendíamos realizar. Antes da entrevista foi entregue uma carta de consentimento informado, onde constaram, a identificação da investigadora, o objectivo do estudo e todas as informações necessárias para uma participação esclarecida, incluindo a garantia de

confidencialidade. Após o consentimento, seguiu-se uma entrevista semi-estruturada com cada uma das mães, que teve início com uma questão geral que permitia liberdade de expressão à mãe: “Fale-me um pouco de como é ser mãe do (nome da criança)”. A partir do relato surgiam novas questões, igualmente abertas de modo a permitir uma recolha de dados qualitativos, sobre as dificuldades que estas mães enfrentam, seus comportamentos e sentimentos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 50 minutos. No final de cada entrevista foram escritas as notas respectivas à entrevista.

Análise dos dados

O processo de análise das notas de entrevistas e das entrevistas foi realizado de acordo com o método Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967; Pires, 2001a) e iniciou-se com a transcrição literal das mesmas. Começou com uma leitura exaustiva das entrevistas e notas de entrevista, de modo a fazer uma codificação aberta de palavras ou frases das entrevistas, anotando-se na margem do texto a categoria a que pertencia o incidente, isto é, encontrado o incidente era-lhe dado um nome que representasse o fenómeno, criando-se assim categorias. O método de comparação constante dos vários incidentes aplicáveis a uma mesma categoria, permitiu detectar e perceber as suas propriedades, levando assim a categorias mais complexas e inclusivas. Simultaneamente, foram efectuados memorandos auto-reflexivos, isto é, foram escritas ideias e conceptualizações sobre as categorias e suas relações, o que permitiu passar de um nível concreto dos dados para um nível mais geral e desenvolver as propriedades de cada categoria. Estes memorandos, auto-reflexivos iniciavam-se com a definição de cada categoria e continuavam com a integração de algumas categorias umas nas outras, por se verificar existir uma determinada relação entre elas, permitindo documentar e enriquecer o processo analítico, e expandir o corpo de dados. A partir dos memorandos escritos foi surgindo um modelo explicativo que era sistematicamente confrontado com os dados analisados. Posteriormente foi identificada a categoria central que se revelou representativa do modelo elaborado e que se relacionava facilmente com as outras categorias. Esta categoria tem como características principais uma maior centralidade em relação às outras categorias e ocorre mais frequentemente nos dados, tal como se relaciona facilmente com as outras categorias. Passou-se então para a codificação

selectiva, que consistiu no abandono de algumas categorias e propriedades que se mostraram irrelevantes, por não se relacionarem de modo significativo com a categoria central.

Resultados

Uma criança com Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção (DHDA), no seio de uma família é causa de um ambiente de stresse, devido à sua *irrequietude*, e *instabilidade*. São crianças irrequietas, isto é, que não param sendo mesmo capazes de estragar coisas, obrigando a fazer mudanças na organização da casa. Mesmo durante as *refeições*, não conseguem ficar o período das mesmas à mesa com a família e não brincam ou estudam de forma sossegada e continuada num período de *tempo*. Todos estes comportamentos vão fazendo com que as mães sintam um cansaço extremo e um desgaste, físico e emocional, na vivência com aquela criança. Estas mães, por vezes, não sabem mesmo o que esperar do comportamento da criança, pois são crianças instáveis tanto ao nível emocional, como ao nível das relações. Quando entram para a escola, não ficam sentadas durante o período da aula no seu lugar, sem que se tenham de levantar ou ter comportamentos desadequados para o contexto e que causam distração aos outros colegas. Apesar de durante anos notarem que os seus filhos têm uma actividade motora fora do normal, e começarem a receber queixas dos professores sobre o comportamento dos seus filhos rotulando-os de mal-educados, as mães vão **desvalorizando** o seu comportamento atribuindo-o a uma certa imaturidade (desculpabilização) ou ao período do ciclo de vida em que se encontram, ou mesmo ao facto de as outras pessoas não saberem lidar com o seu filho irrequieto e encararem o seu comportamento apenas pelo lado negativo, daí considerarem durante algum tempo que este será um comportamento que acabará por desaparecer. Algumas mães podem mesmo **negar** a hiperactividade do seu filho defendendo que este não é como as outras crianças hiperactivas. A desvalorização do comportamento da criança poderá advir da confiança nas suas capacidades parentais, procurando durante muito tempo transmiti-las, e não encontrar uma desculpa para a sua incapacidade num distúrbio que não é compreendido por muitos enquanto tal.

A certa altura as mães **atingem o limite** das suas capacidades para suportar a irrequietude da criança. O limite é atingido, devido a comportamentos da criança que são de certa forma extraordinários, como o deitar fogo à casa, ou receber da escola em apenas um dia vários telefonemas a fazer queixas do seu filho de que é mal educado e que os professores não sabem o que fazer com ele, ou ainda atingem um ponto tal que não sabendo mais o que fazer, o último recurso que lhes aparece é bater na criança, sem que porém o pretendessem. A acumulação de queixas exteriores, concomitantemente com uma vivência do comportamento da criança cada vez mais extremada, faz com que se sintam impotentes perante o comportamento do seu filho, tendo chegado a um ponto em que já não sabem mais o que fazer para o ajudar ou compreender. A necessidade de estar com uma *atenção permanente* sobre a criança para evitar que esta se coloque em *risco*, origina igualmente que as mães atinjam o limite das suas forças admitindo um *cansaço* extremo causado pela criança. Surge então um sentimento de frustração relativamente ao seu papel de educadoras e de mães. À frustração por não terem conseguido controlar a situação e serem boas disciplinadoras ou por não conseguirem fazer com que a criança demonstre as capacidades que tem, surge também associada uma **culpabilização** por julgarem que, tal como são acusadas pelos professores ou por outros, não foram capazes de educar os seus filhos da forma mais correcta e se eles são hiperactivos é porque elas erraram em algum ponto da sua *educação*, ou porque se sentem responsáveis por não conseguirem controlar o seu próprio comportamento em relação à criança, arrependendo-se por vezes dos seus actos. A tentativa de *acompanhar permanentemente* a criança, possivelmente devido ao facto de algumas destas crianças sofrerem de outros problemas de saúde e porque ao longo de anos se foi estabelecendo uma relação muito próxima entre a mãe e a criança, origina nalguns casos uma certa *indiferenciação*, particularmente no caso em que a mãe tem também o distúrbio de hiperactividade. Neste último, a mãe caso isola-se num mundo que é só dela e da criança em que apenas ambos se compreendem mutuamente como se fossem apenas um, excluindo os outros parentes, incluindo o pai.

Quando sentem que atingiram o limite, estas mães, suspeitando de que a criança terá hiperactividade, procuram obter **confirmação** para essa **suspeita**. Num primeiro momento, junto das pessoas que são mais próximas da criança, como por exemplo dos próprios professores (procura de apoio). Em certos casos, apenas quando sentem

que a sua suspeita é partilhada por outras pessoas, é que as mães começam a procurar o diagnóstico junto de psicólogos e médicos, sendo que então não desistem enquanto não obtiverem a confirmação de que o seu filho tem hiperactividade. A suspeita de hiperactividade pode também surgir logo desde a primeira infância, manifestando a criança já comportamentos que não são adequados para aquela idade, mas as mães não agem desde logo no sentido de uma procura de diagnóstico, porque são as únicas a considerar que algo de errado se passa com a criança e todas as outras pessoas considerarem que se trata de imaturidade, fazendo com que também a mãe adote essa perspectiva durante muito tempo e opte por esperar que a criança tenha uma maior maturidade. Noutros casos a suspeita dá-se a partir do momento em que a criança entra para a escola e começa a manifestar *irrequietude* também nesse contexto. Quando as mães têm já uma suspeita sustentada pelos professores e até por informação que obtiveram a partir de diversos meios, nomeadamente pelos *media*, então procuram obter apoio junto do pai da criança que muitas vezes não partilha da suspeita desvalorizando-a. Inicia-se então a procura de um diagnóstico (desespero de encontrar um porquê) que por vezes se revela demorada (*diagnóstico demorado*), devido ao facto de por vezes os médicos ou psicólogos também eles desvalorizarem a suspeita da mãe e o comportamento da criança considerando a preocupação da mãe excessiva e a irrequietude da criança como um comportamento transitório normal do desenvolvimento, levando-as muitas vezes a sentirem-se incompreendidas também pelos técnicos (*incompreensão dos técnicos*). Muitas vezes este percurso é feito apenas pela mãe e pela criança, não tendo novamente o apoio do pai, que se revela uma figura ausente de todo o processo (*ausência do pai*), delegando toda a responsabilidade dos assuntos relacionados com a saúde e educação na mãe, e mesmo porque não reconhece que a criança terá hiperactividade. O caminho para encontrar uma razão para o comportamento da criança revela-se neste sentido solitário, pois é um caminho feito apenas por uma mãe que se encontra fragilizada do ponto de vista emocional e num mundo de incertezas e de acusações. Este isolamento é, por vezes, promovido pela própria mãe, sentindo-se como a única capaz de compreender e ajudar a criança, porque será a pessoa mais próxima desta.

Quando finalmente obtêm a *confirmação* do *diagnóstico* de hiperactividade dos seus filhos, estas mães sentem como tendo obtido uma pequena vitória para elas e para os seus filhos, pois a partir desse momento os outros vão deixar de chamar o seu

filho de mal-educado e vão deixar de o excluir, tanto os professores como os pais. O diagnóstico torna-se então como que uma **absolvição** da culpa tanto das mães e da educação que deram aos seus filhos, como das próprias crianças e do seu comportamento desadequado. Com este diagnóstico, as mães apressam-se a informar todos os que rodeiam os seus filhos, principalmente na escola, para que possam ter o *apoio da escola e dos professores* e evitar assim que os seus filhos continuem a ser alvo de *estigma*, ou para que considerem o seu filho como doente e assim obter um trato diferente. Mas por vezes há o caso de mães que preferem esconder tanto dos amigos do seu filho, de que tem um problema, preferindo que não seja visto como um menino doente, mas também dos outros membros da família, porque apesar de serem criticadas de darem má educação ao seu filho, preferem isso a vê-lo a ser tratado como alguém doente. Estas mães diferem das anteriores, porque terão após o diagnóstico um receio ainda maior de que o seu filho seja alvo de exclusão, já que este é um distúrbio que ainda não é compreendido por muitas pessoas, mas igualmente porque têm receio de que as outras pessoas pensem que este diagnóstico tenha sido apenas para as desculpar da educação que deram aos seus filhos. Mas existem outras mães que preferem que os seus filhos sejam vistos como pessoas doentes e a elas como mães de meninos doentes, isto como forma de obter ajuda para ambos. Para algumas mães, quando é iniciada a medicação, esta é vista como uma esperança para a resolução dos seus problemas, porque a partir do momento em que as crianças começam a tomar a medicação têm esperança que, (1) estas se tornem menos aflitivas para as mães, e (2) que o comportamento na escola e nos outros contextos sociais seja adequado recebendo dessa forma aprovação das outras pessoas e voltando a pertencer aos vários grupos sociais sem sofrer rejeição por ser diferente dos outros, pelos seus comportamentos, sem sofrer enfim do estigma de que este distúrbio é alvo. Mesmo após o diagnóstico de hiperactividade e o início da *medicação*, o pai continua a ser uma figura maioritariamente ausente, continuando a desvalorizar o distúrbio da criança e permanecendo desconhecedor dos problemas que a criança e a mãe enfrentam, e mesmo da medicação que a criança toma, o que em certos casos faz com que possam surgir graves *conflitos conjugais*, devido a toda esta *indiferença do pai*. A ausência do pai tem como principal efeito uma maior responsabilização dos actos da mãe relativamente aos comportamentos da criança, o que aumenta o sentimento de culpabilização e

falhanço por parte desta. Após o início da medicação, as mães sentem que têm ali uma criança nova, diferente do filho que tinham antes, uma criança melhor, mais aceite pelos outros, que é elogiado pelos professores, que tem um *melhor rendimento escolar*, e conseqüentemente tem uma auto-estima elevada. As mães parecem então passar por uma fase de recuperação tanto do filho, como da sua auto-estima e de capacidade parental, pois apesar de tudo conseguiram ajudar o seu filho, sem que tivessem muitas vezes a ajuda do pai da criança ou de qualquer outro familiar. Numa fase de recuperação e de maior serenidade, as mães referem que foi com a criança que elas aprenderam a lidar com a situação ao longo do tempo (*criança professor*), tendo feito uma aprendizagem com os seus comportamentos, nomeadamente os projectos diários. A partir deste momento as mães vêem os seus filhos como umas crianças novas, deixando de haver aquele filho que lhes causa cansaço e um sentimento de incapacidade parental e de frustração e que eram uma desilusão para as suas mães, para dar lugar a uma nova criança que as mães compreendem e aceitam e que volta a ser aceite pelas outras pessoas. Esta criança nova que surge após o início da medicação, acaba por vir absolver as mães da culpa que sempre pensaram ter sobre o comportamento da criança, tal como eram acusadas, ilibando-as da responsabilidade que lhes era imputada pelas outras pessoas que não a compreendiam a si nem à criança, absolvição esta que vem devolver a capacidade parental destas mães. Esta absolvição é também feita à criança, pois as mães conhecendo as características do distúrbio, perdoam a criança pelos seus comportamentos, compreendendo que esta não os teve intencionalmente, não conseguindo controlar o seu comportamento irrequieto. Ainda assim, há um certo *descrédito* nesta fase relativamente à percepção exterior do distúrbio, pois apesar de estas mães transmitirem aos professores o problema que o seu filho tem, através dos relatórios médicos, sentem ainda que os professores não conhecem o distúrbio e por isso continuam a não compreender o comportamento da criança. Apesar da declaração de inocência que o diagnóstico vem trazer para a capacidade parental destas mães, estas continuam a **culpabilizar-se**, agora devido aos comportamentos que tiveram relativamente à criança que estava doente e por isso não teria culpa por ter determinados comportamentos, devendo na visão delas ter sido mais tolerantes com a criança. Olhando para trás, estas mães culpabilizam-se por não terem agido antes da altura em que o fizeram, por terem esperado tanto tempo para procurarem

explicação para o comportamento da criança. Com o início da medicação surge também uma esperança de melhoria do distúrbio da criança, em que a mãe espera que agora que o distúrbio está identificado e que a criança está a ser medicada, esta melhore e quem sabe até ficar curada com o passar dos anos. É também colocada uma grande esperança no próprio medicamento como se este fosse uma fórmula mágica que resolveria todos os problemas.

Quando **perspectivam o futuro** da criança, estas mães têm receio de que por um lado a criança não consiga lidar com o *estigma* do distúrbio, ou que não consiga controlar a medicação, e por outro que ela própria, como mãe, não lhe tenha fornecido as ferramentas necessárias para encarar o futuro, tendo receio de que a criança seja muito vulnerável e que ela não possa estar por perto para a ajudar. Por outro lado, parece haver uma preocupação de que no futuro elas não possam estar tão próximas dos seus filhos e dessa forma não os poderem proteger tanto. Porém estas mães revelam igualmente que têm esperança de que a criança tenha um futuro em que consiga atingir os objectivos, apesar das adversidades, e que com uma maior maturidade consigam mostrar as suas capacidades. Neste ponto estas mães são semelhantes a todas as outras mães de crianças que não têm este distúrbio, pois demonstram preocupações e esperanças comuns a outras mães. Por fim, existe igualmente receio em relação às relações sociais futuras da criança, sentindo algumas dúvidas quanto à capacidade desta em lidar com os outros, porque já actualmente a criança é excluída do seu grupo de pares, preocupando-se que progressivamente possa ficar cada vez mais isolada e sozinha tal como elas próprias se sentem (Ver figura 1).

Discussão

Uma criança hiperactiva no seio de uma família, tal como tem sido comprovado em vários estudos (Danforth, Barkley, & Stokes, 1991; Mash, 1997, cit. por Barkley, 1997), origina inevitavelmente alterações na sua dinâmica. Este estudo permitiu uma maior compreensão desta dinâmica, principalmente o comportamento das mães de crianças hiperactivas. Neste estudo foram identificadas pela primeira vez algumas fases pelas quais é comum estas mães passarem ao longo dos anos na convivência

com os seus filhos, permitindo uma maior compreensão dos seus comportamentos. Nos primeiros anos de vida da criança existe uma desvalorização do seu comportamento irrequieto, sendo este atribuído a alguma imaturidade própria da idade da criança. No entanto, a partir do momento que a criança vai para a escola e começam a surgir queixas por parte dos professores, a par de uma vivência em casa com a criança que é causadora de grande stresse, as mães atingem um limite em que simultaneamente se sentem frustradas no seu papel de mães cuidadoras e compreensivas em relação a qualquer problema que a criança tenha, e também impotentes perante os comportamentos desta. Este limite dá início a uma nova fase, agora de procura de uma confirmação para a sua suspeita de hiperactividade que foi crescendo ao longo do tempo. Quando as mães têm o diagnóstico surge uma fase que por um lado trás uma absolvição de culpa para a mãe e para a criança pelo comportamento da segunda e, por outro, surge uma esperança de que a criança seja a partir deste momento diferente. Por fim, identificamos uma última fase em que é perspectivado o futuro, que é visto com algum receio por haver associado um sentimento de dever não cumprido no sentido de não ter dado competências à criança para encarar o futuro sozinha. Ao longo da vivência com a criança as mães vão então passando por estas fases identificadas em que é feito um caminho desde o desconhecimento total e desvalorização dos comportamentos até uma procura de apoio para ambos e de receio pelo futuro, sendo este muitas vezes realizado por parte das mães de forma muito desacompanhada.

Para além de podermos encontrar várias fases associadas à vivência das mães de crianças hiperactivas, este estudo permitiu reconhecer que as mães têm associadas a si um sentimento de culpa, o que já havia sido identificado não empiricamente por Singh (2004) enquanto sentimento que era auto-imposto pelas próprias mães relativamente às suas competências parentais e em relação ao comportamento dos seus filhos. Neste estudo, a partir dos seus relatos, verificamos que fazendo uma retrospectiva as mães manifestam uma auto-culpabilização tanto pelo passado como pelo futuro dos seus filhos. Isto é, quando analisam os seus actos passados em relação ao seu filho, estas mães tendem a manifestar uma culpabilidade tanto ao nível das suas capacidades parentais, porque desvalorizaram os comportamentos dos seus filhos e não actuaram ao primeiro alarme de que algo não estava correcto, bem como não conseguiram lidar com o comportamento destes e tiveram elas próprias

comportamentos de que se arrependem. Por outro lado, a culpa é igualmente atribuída exteriormente à mãe, no sentido em que manifestam que muitas vezes foram acusadas de desempenharem um mau papel parental, tanto por parte de familiares, como por parte de professores, levando assim a uma interiorização de atitudes de culpabilização dos que as rodeavam e culpabilizando-se a si próprias por coisas que normalmente estavam fora do seu controlo não podendo razoavelmente ser ligadas a acções ou omissões da sua parte. Tal como Caplan e Hall-McCorquodale (cit. por Jackson e Mannix, 2004) haviam referido em 1985, a responsabilização de que as mães são alvo relativamente à monitorização e procura de cuidados de saúde e bem-estar para os seus filhos, leva a uma forte culpabilização por parte destas, quando à sua volta é acusada de ter faltado a esta responsabilidade. No entanto, esta culpabilização exterior e interior sentida por estas mães, acaba por ser um motor de procura de ajuda num fase inicial para que seja reconhecido o facto de que o seu filho tem um problema, pois obtendo um diagnóstico poderão ambos ter uma absolvição da culpa sobre os seus comportamentos. Por outro lado, apesar de obterem um diagnóstico de que realmente o seu filho tem hiperactividade, as mães continuam com um sentimento de culpa associado, devido à emoção de auto-consciência de não ter cumprido as suas obrigações parentais a tempo de ter evitado que o seu filho fosse rejeitado por muitos devido ao seu comportamento, bem como ao sentimento de não ter sido capaz de fornecer as ferramentas necessárias para o futuro deste, quando não poderem estar ao seu lado. As mães sentem então que defraudaram as expectativas dos seus filhos e que por isso não vão confiar em si como confiavam pensando que as suas mães já não são aquelas únicas pessoas que os compreendem, como elas gostariam de ser, daí um sentimento de culpa pelo que fizeram, por sentirem que não foi a atitude correcta e acima de tudo têm receio de que isso marque a sua relação com o seu filho. Assim, a culpa sentida pelas mães, que transparece do seu discurso, vai de encontro ao que Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, Cermak e Rosza (2001) defendiam de que a experiência subjectiva de culpa deriva da crença (real ou imaginária) de não ter cumprido as suas obrigações em relação aos outros e à sociedade.

A culpa sentida pelas mães, que poderá advir da pressão exterior e do sentimento de responsabilidade que se impõem a si próprias relativamente a tudo o que se passa com o seu filho, parece levar a uma certa indiferenciação entre si e o seu filho. A

relação de indiferenciação que estas mães fomentam com o seu filho ao longo do tempo, inicialmente por sentirem que este necessita de um acompanhamento próximo e permanente, acaba por lhe retirar autonomia, essencial para o seu desenvolvimento. O excessivo acompanhamento poderá igualmente dever-se ao facto de se desenvolver uma relação de dependência em que ambos sentem que necessitam um do outro. No entanto, essa proximidade com o seu filho acaba por se tornar uma intrusão na vida social deste, ao pretender mesmo participar no seu grupo de amigos, sentindo-se rejeitada quando este começa a procurar uma independência e autonomia normais das mães, que não se sentem ainda prontas para a dar. O pai, que por alguns autores (Salgueiro, 1991) é considerado uma figura ausente ou demissionária da vida da criança, considerando os relatos das mães deste estudo, apreciamos que não será tanto o pai que se demite da vida da criança, mas esta ausência dever-se-á a uma certa indiferenciação que se cria entre a criança e a mãe. A indiferenciação, leva a um afastamento do pai, porque as mães referem que este não as compreende nem ao seu filho, e dessa forma vão-no afastando da relação com o seu filho e delas próprias. Algumas mães parecem mesmo identificar-se com o problema dos seus filhos, principalmente no aspecto da socialização, referindo que sentem o que eles sentem ao nível da rejeição e até culpabilizando-se pelo sofrimento dos seus filhos a este respeito, pois é como se sentissem o mesmo que o seu filho. A indiferenciação encontrada neste estudo parece agravada quando a mãe é também ela hiperactiva, pois ao ter o mesmo problema julga que apenas ela compreende o seu filho, pois são iguais.

Referências Bibliográficas

Anastopoulos, A. D. & Barkley, R. A. (1989). A training program for parents of children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. In C. E. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parental training: Parents as co-therapists for children's behaviour* (pp. 83-104). New York: John Wiley & Sons.

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121* (1) 65-94.
- Berger, M. (1999/2001). *A criança instável. Abordagem clínica e terapêutica*. Lisboa: Climepsi.
- Campbell, S. (2000). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A development view. In: A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.) *Handbook of developmental psychopathology* (2^a ed.) (pp 383-401). New York, NY: Klumer Academic/ Plenum Publishers.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Cermak, I. & Rosza, S. (2001). Facing guilt: Role of negative affectivity, need for reparation, and fear of punishment in leading to prosocial behavior and aggression. *European Journal of Personality*, *15*, 219-237.
- Chi, T. C. & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30* (4), 387-400.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, *19*, 7-41.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine. (4^a edição 1971).
- Jackson, D. & Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, *10*, 150-158.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3* (4), 183-207.
- Lopes, J. A. (1998). Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em contexto escolar: uma perspectiva psicoeducacional. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *3*, 143-158.
- Lopes, J. A. (2004). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Matias, S. (2004). *Comportamento parental em mães de crianças com perturbação de défice de atenção/hiperactividade (ADHD)* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 4 (VIII) 445-452.
- Pires, A. (2001a). Introdução à Grounded Theory. In A. Pires (Ed.), *Crianças e pais em risco*. Lisboa: ISPA.
- Pires, A. (2001b). Comportamento parental. In: A. Pires (Ed.) *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: ISPA.
- Salgueiro, E. (1991). *Crianças irrequietas – Três estudos clínicos evolutivos sobre a instabilidade motora na idade pré-escolar* (Tese de Doutoramento). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Singh, I. (2003). Boys will be boys: fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (6), 308-316.
- Singh, I. (2004). Doing their jobs: Mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, 59 (6), 1193-1205.
- Surkan, P. J., Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Nyberg, U., Onelöv, E., Dickman, P. W. & Steineck, G. (2006). Perceptions of innadequate health care and feelings of guilt in parents after the death of a child to a malignancy: A population-based long-term follow-up. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2), 317-331.
- Swick, K. J. & Broadway, F. (1997). Parental efficacy and successful involvement. *Journal of Instructional Psychology*, 24 (1) 69-75.
- Torrão, A. R. (2004). *Comportamento parental em mães de crianças com perturbação de défice de atenção/hiperactividade* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Whalen, C. K. & Henker, B. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. In: T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.) *Handbook of Child Psychopathology* (3^a ed.) (pp 181-211). New York: Plenum Press.
- Woodward, L., Dowdney, L., & Taylor, E. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169.



Figura 1. Modelo do comportamento parental em mães de crianças hiperactivas.