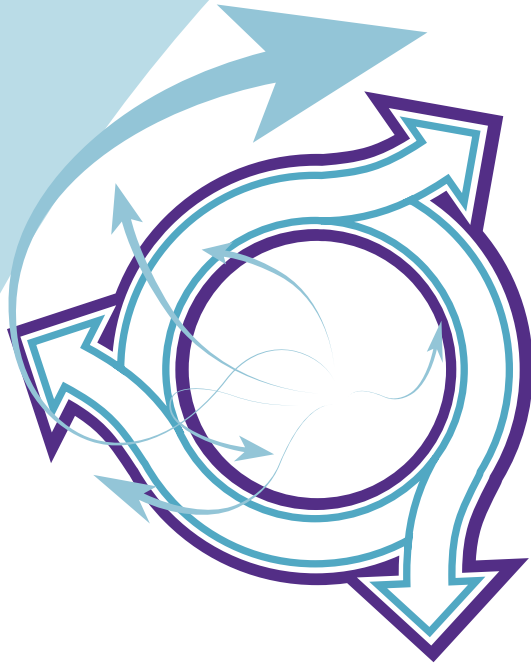


Caso clínico

**Transtorno de
déficit de
atenção e hiperatividade e
comportamento
*bullying***



Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e *bullying*



Dr. Gustavo Teixeira – CRM-RJ 52-73634-1

Professor Visitante do Department of Special Education and Communication Disorders – Bridgewater State University.
Mestre em Educação pela Framingham State University.
Editor Chefe do *website* Comportamentoinfantil.com.

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das psicopatologias de maior prevalência na população infantojuvenil produzindo diversos prejuízos acadêmicos e de relacionamento social.¹

O comportamento *bullying* tem despertado maior interesse de pesquisadores nos últimos anos e pode ser definido como o comportamento agressivo entre estudantes. São atos de agressão física, verbal, moral ou psicológica, os quais ocorrem de modo repetitivo, sem motivação evidente e executada por um ou vários estudantes contra outro, em uma relação desigual de poder, normalmente dentro da escola, ocorrendo principalmente na sala de aula e no recreio escolar.²⁻⁶

Outra questão relevante que evidencia sua importância psicopatológica é a presença do comportamento *bullying* como um preditor para outras psicopatologias no futuro, como transtornos de ansiedade, depressivos e de personalidade.⁷⁻¹⁶

O caso clínico descreve a avaliação e o acompanhamento de uma criança portadora de TDAH e autora de *bullying* objetivando alertar sobre uma associação frequente, com consequências importantes nos desempenhos acadêmico, social e emocional de crianças e adolescentes em idade escolar. Essa associação tem sido descrita em diversos estudos científicos internacionais.^{7,8} A importância do trabalho interdisciplinar e psico-educativo no tratamento para favorecer o “clima escolar” é enfatizado no artigo.

Apresentação clínica

Identificação

JPT, sexo masculino, 11 anos de idade, estudante do sexto ano do ensino fundamental de uma escola particular da zona sul do Rio de Janeiro frequenta o período escolar da manhã. Filho único e vive com os pais.

Motivo da avaliação

Os pais de JP procuraram orientação médica devido aos sintomas de desatenção, à hiperatividade, culminando com muitos prejuízos acadêmicos, e à dificuldade nos relacionamentos sociais.

História da doença atual

Segundo relato dos pais, JP apresenta dificuldade para prestar atenção na sala de aula, “ele sempre foi desatento e agitado (...). A professora do primeiro ano o chamava de espoleta”. Também, segundo os pais, as dificuldades acadêmicas intensificaram-se neste ano (2011) devido ao aumento do número de professores e a uma piora

de sua autoestima. “Ele não consegue se organizar, fica nervoso e ainda mais agitado, inquieto, se chama de burro (...). O caderno dele é uma bagunça, sempre incompleto e descuidado com seus materiais (...); não tem rotina de estudo, e o dever de casa está sempre incompleto também.”

No início do ano letivo, a mãe começou a receber queixas da coordenação pedagógica referindo que JP estava “diariamente assediando, maltratando e batendo em três colegas de sala (...). A escola fala que ele inventa apelidos e fica perseguindo os alunos mesmo durante a aula e no recreio escolar”.

Durante o atendimento, JP pareceu muito inquieto, mas cooperou com a entrevista respondendo tudo o que fora perguntado. Informou que não conseguia ficar parado durante a aula, não tinha tempo para copiar tudo do quadro, “os professores falam muito rápido” e que “bate e pega no pé” desses três alunos, porque eles são “chatos”. Durante a consulta, não foram observados outros sintomas psicopatológicos.

História psiquiátrica familiar

Há relato de dois primos de primeiro grau em tratamento para o TDAH e uma tia materna em tratamento para depressão e transtorno de ansiedade generalizada.

História gestacional da mãe, parto e desenvolvimento

A mãe relata desenvolvimento gestacional normal. Parto cesariana aos 38 semanas, com Apgar 9 do primeiro e do quinto minuto. Marcos do desenvolvimento psicomotor sem alterações.

Avaliação e diagnóstico

A avaliação de JP consistiu em entrevista inicial com os pais, associada ao preenchimento da escala padronizada SNAP-IV, respondida pelos pais de forma individualizada, além de entrevista individual com o paciente. A investigação clínica contou também com avaliações acadêmica e

comportamental dissertativas, realizada pela coordenação pedagógica escolar, e foi realizado um contato telefônico com a orientadora pedagógica de JP.

A conclusão da avaliação clínica evidenciou sintomas compatíveis com o TDAH do subtipo combinado e comportamento *bullying*.

Tratamento

O tratamento foi iniciado com metilfenidato Ritalina®, 10 mg, duas vezes ao dia (tomada inicial 30 minutos antes da aula e 30 minutos antes do dever de casa).

Após o primeiro mês, foi observada uma melhora parcial dos sintomas; entretanto surgiu uma piora dos sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção após o recreio escolar. JP também apresentou resistência ao uso da medicação no período da tarde, antes do dever de casa. Então, foi sugerida a troca da medicação pela Ritalina® LA, 20 mg, com uso pela manhã, cerca de 30 minutos antes do início do período escolar.

Após dois meses de tratamento, os sintomas hipercinéticos e de dificuldade atencional desapareceram consideravelmente, e houve relato escolar de melhoras acadêmica e do relacionamento social com todos os estudantes, inclusive com os alunos vítimas de suas agressões verbais e físicas (*bullying*).

Além do tratamento medicamentoso, a intervenção terapêutica contou com duas outras importantes vertentes: a psicoeducação para o TDAH por meio da orientação de pais e professores sobre o diagnóstico clínico de JP, para a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e para a utilização de técnicas pedagógicas a fim de facilitar e motivar o aluno para a melhoria acadêmica. Para tal, foram realizados encontros de orientação de pais, reunião com a coordenação pedagógica e ofertados materiais psicoeducativos, como fôlderes e livros psicoeducativos.

A outra intervenção psicoeducativa foi referente aos métodos eficientes de prevenção ao comportamento *bullying* com os colegas. A escola recebeu orientação para a criação de um programa *antibullying*, o qual objetiva aumentar o conhecimento alertando e capacitando pais, professores, alunos, coordenadores e demais profissionais da escola sobre o *bullying* e a violência escolar.

Conclusão

O caso clínico apresentado é um resumo da avaliação e acompanhamento clínico de uma criança com o diagnóstico de TDAH subtipo combinado em associação a comportamento *bullying*.

Nesse caso, o tratamento farmacológico apresentou excelentes resultados: melhora acadêmica acentuada; melhoria da autoestima; diminuição dos sintomas de desatenção; diminuição dos sintomas hipercinéticos e da impulsividade, com conseqüente melhoria dos relacionamentos sociais; diminuição do comportamento *bullying*, o qual pode estar relacionado também à aplicação de técnicas psicoeducativas de prevenção dessa reação.

Considero importante ressaltar que esse trabalho psicoeducativo refere-se ao conceito “clima escolar”, termo intensamente descrito nos últimos anos por meio de diversos estudos científicos internacionais, como a qualidade da vida escolar, baseada nos padrões de experiência pessoal de estudantes, pais e professores em relação a valores, normas, metas, regras, relacionamento social, sentimento de segurança e apreço pela escola. A qualidade da relação professor – aluno é um preditor importante para a criação de um clima escolar positivo e pode ajudar na regulação do comportamento e das emoções servindo como um fator de proteção para crianças em risco de comportamentos disruptivos.¹⁶⁻²²

Uma instituição de ensino que trabalha por um clima escolar positivo estará colaborando para as me-

lhorias acadêmica e social de seus alunos. Nesse caso, um estudante com TDAH, o qual apresentou sintomas psicopatológicos com prejuízos acadêmicos e sociais importantes associados ao compor-

tamento *bullying*, pôde beneficiar-se rapidamente pela medicação estimulante e, possivelmente, pelo sucesso terapêutico potencializado pelo trabalho psicoeducativo com os pais e com a escola.

Referências bibliográficas

1. Stubbe D. Attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 57-68.
2. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do (Understanding children's worlds). Oxford: Blackwell Publishing; 1993.
3. Bacchini D, Affuso G, Trotta T. Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *Aggress Behav*. 2008 Sep-Oct;34(5):447-59.
4. Montes G, Halterman JS. Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: a population-based study. *Ambul Pediatr*. 2007 May-Jun;7(3):253-7.
5. Holmberg K. The association of bullying and health complaints in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med*. 2010 Sep;122(5):62-8.
6. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit- hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol*. 2008 Feb;50(2):134-8. Epub 2007 Dec 19.
7. Kumpulainen K. Psychiatric conditions associated with bullying. *Int J Adolesc Med Health*. 2008 Apr-Jun;20(2):121-32.
8. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse Negl*. 1998 Jul;22(7):705-17.
9. McCabe RE, Antony MM, Summerfeldt LJ, et al. Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behavior Therapy*. 2003 Nov;32(4):187-93.
10. Ybarra ML, Mitchell KJ, Wolak J, Finkelhor D. Examining characteristics and associated distress related to Internet harassment: findings from the second Youth Internet Safety Survey. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):e1169-77.
11. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld I, Gould M. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *Psychiatr Danub*. 2006 Sep;18 Suppl 1:41.
12. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Sep; 63(9):1035-41.
13. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of Pediatrics*. 2004 Jan;144(1):17-22.
14. Stein JA, Dukes RL, Warren JI. Adolescents male bullies, victims, and bully-victims: a comparison of psychosocial and behavioral characteristics. *J Pediatr Psychol*. 2006 Aug 8.
15. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, Gillberg C. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry*. 2005;59(5):365-73.
16. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001 Apr 25;285(16):2094-100.
17. Buyse E, Verschueren K, Doumen S, Van Damme J, Maes F. Classroom problem behavior and teacher-child relationships in kindergarten: the moderating role of classroom climate. *Journal of School Psychology*. 2008;46(4):367-91.
18. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001 Mar-Apr;72(2):625-38.
19. Howes C. Social-emotional classroom climate in child care, child-teacher relationships and children's second grade peer relations. *Social Development*. 2000;9(2):191-204.
20. Pianta RC, La Paro KM, Payne C, Cox MJ, Bradley R. The relation of kindergarten classroom environment to teacher, family, and school characteristics and child outcomes. *Elementary School Journal*. 2002;102:225-38.
21. Pianta RC, Nimetz S. Relationships between children and teachers: associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1991;12(3):379-93.
22. Silver RB, Measelle JR, Armstrong JM, Essex MJ. Trajectories of classroom externalizing behavior: contributions of child characteristics, family characteristics, and the teacher-child relationship during the school transition. *Journal of School Psychology*. 2005;43:39-60.

O conteúdo deste material foi elaborado com base na experiência clínica do autor, sendo de sua exclusiva responsabilidade e não refletindo, necessariamente, o posicionamento da Novartis, que apenas patrocina sua divulgação exclusivamente à classe médica.

- © - Direitos Reservados – Phoenix Comunicação Integrada - Proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização do titular

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e comportamento *bullying* é uma publicação periódica da Phoenix Comunicação Integrada patrocinada por Novartis. Jornalista Responsável: José Antonio Mariano (MTb: 22.273-SP). Tiragem: 5.000 exemplares. Endereço: Rua Gomes Freire, 439 – cj. 6 – CEP 05075-010 – São Paulo – SP. Tel.: (11) 3645-2171 – Fax: (11) 3831-8560 – Home page: www.editoraphoenix.com.br – E-mail: phoenix@editoraphoenix.com.br. Nenhuma parte desta edição pode ser reproduzida, gravada em sistema de armazenamento ou transmitida de forma alguma por qualquer meio. phx as xx/xx/11



Novartis Biociências S.A.

Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo, SP - CEP 04706-090
www.novartis.com.br

www.portal.novartis.com.br

SIC - Serviço de informação ao Cliente
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com.br

Material destinado exclusivamente à classe médica.