



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Luciana Maria Rizo Dias

**Programa de Estratégias para Professores
de Crianças Desatentas,
Hiperativas/Impulsivas**

Rio de Janeiro

2005

Luciana Maria Rizo Dias

**Programa de Estratégias para Professores
de Crianças Desatentas,
Hiperativas/Impulsivas**

Mestrado/UFRJ

Orientador: Bernard Pimentel Rangé
Linha de Pesquisa: Cognição e Subjetividade

Rio de Janeiro
2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Maria Rizo Dias

Programa de Estratégias para Professores de Crianças Desatentas Hiperativas / Impulsivas

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2005

Bernard Pimentel Rangé, Doutor
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Francisco de Paula Nunes Sobrinho, Pós-Doutor
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Paulo Eduardo Luiz de Mattos, Doutor
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dias, Luciana Maria Rizo
Programa de estratégias para professores de
crianças desatentas hiperativas/impulsivas / Luciana
Maria Rizo Dias. Rio de Janeiro, 2005.

Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia)
- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
de Psicologia, 2005.

Orientador: Bemard Pimentel Rangé

1.Estratégias para professores. 2. Transtorno de Déficit
de Atenção/Hiperatividade. 3. Escola. I. Rangé, Bernard
Pimentel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia. III. Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, suporte fundamental em todos os dias da minha vida!

Agradecimentos

Aos meus pais, irmãos, cunhada e sobrinhas, agradeço incondicional e pelo apoio constante ao longo de toda esta caminhada.

Ao meu orientador Bernard Rangé, meu eterno agradecimento por todo apoio e ensinamentos para meu desenvolvimento profissional e acadêmico. A realização deste trabalho não seria possível sem a sua colaboração e confiança.

Ao professor Paulo Mattos, agradeço todas as oportunidades e ensinamentos que muito contribuíram para o meu aperfeiçoamento profissional. A experiência de trabalho ao seu lado foi base fundamental para o desenvolvimento deste estudo .

Ao professor Ronnir Raggio cujos ensinamentos e disponibilidade para ajudar foram fundamentais para a análise estatística desse estudo.

À todos os professores que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste estudo.

À todos aqueles que contribuíram com sua torcida para a realização deste trabalho.

1) Introdução

Este trabalho tem como objetivos fornecer estratégias para professores utilizarem dentro da sala de aula que poderão contribuir tanto para o desenvolvimento da criança com TDAH como para toda a turma, e medir a diferença que esse tipo de *workshop* produz no nível de informação dos professores sobre esse transtorno e no sentimento desses ao lidar com essas crianças.

O programa se destina a professores da 1ª a 4ª séries do ensino fundamental, portanto para crianças de 6 a 10 anos de idade. Essa delimitação de faixa etária se faz importante, pois o conteúdo acadêmico e a metodologia utilizada nas escolas brasileiras são significativamente diferentes após essa faixa de séries. A partir da 5ª série, os alunos passam a ter vários professores, praticamente 1 para cada matéria o que dificulta a prática de algumas estratégias sugeridas. Os professores de séries mais adiantadas podem adaptar as estratégias para esses alunos de séries mais adiantadas.

Sabe-se hoje que a prevalência na população é de 3 a 7% entre as crianças em idade escolar (DSM-IV-TR, 2002). Em uma sala de aula, de 30 alunos, pelo menos 1 desses tem grande probabilidade de ser portador desse transtorno (Knapp, Rohde e cols, 2002). Portanto, é de suma importância que possamos oferecer aos professores material informativo sobre essas crianças e, principalmente, instrumentos para manejo de comportamento dentro de sala de aula através dos quais a escola estará contribuindo para o desenvolvimento do potencial acadêmico e social dessas crianças.

Nos últimos anos, profissionais e pesquisadores brasileiros interessados nesse transtorno têm feito um esforço de publicação de materiais informativos e de manejo do TDAH começando, assim, a suprir a carência desse tipo de material em

nosso país. Hoje, pode-se dizer que podemos contar com uma bibliografia informativa para o público leigo (Mattos, 2001; Rohde e Benczik, 1999; Topczwski, 1999; Hollowell e Ratey, 1999; Goldstein e Goldstein, 1998). Porém, até hoje, foram escritos materiais com informações gerais sobre o TDAH nos quais se discute o seu funcionamento em casa, na escola (e/ou trabalho) e outros ambientes sociais, mas sem grande aprofundamento sobre como os professores podem estar utilizando estratégias dentro de sala de aula para maximizar o potencial de aprendizado dessas crianças.

Considerando que a escola é um dos principais ambientes de desenvolvimento psicossocial da criança, é concebível que as informações sobre um transtorno tão prevalente na população geral venha a ser amplamente divulgadas entre professores. Além disso, é desejável que esses professores estejam preparados para trabalhar com essas crianças.

Em contato com familiares de portadores, foi percebido que muitos pais queixavam-se de algumas formas de tratamento dispensadas aos seus filhos por parte dos professores que denotavam o desconhecimento sobre o transtorno e grande dificuldade de lidar com os comportamentos dessas crianças dentro de sala de aula. Nesse momento, ficou clara a necessidade de desenvolvimento de material informativo e com estratégias específicas de manejo de comportamento em sala de aula com crianças portadoras de TDAH. Partiu-se então, para pesquisa bibliográfica sobre materiais publicados no exterior e a partir desse material foi construído um manual de estratégias para sala de aula adaptado à realidade brasileira. Com esse manual pronto, foi construído um *workshop* informativo em que este conteúdo foi passado aos professores. Os professores participantes do *workshop* foram solicitados a responder 2 questionários, um antes do *workshop* (questionário 1) e

outro após (questionário 2), onde eram medidos, através de afirmativas verdadeiro ou falso, o conhecimento sobre algumas características do transtorno e como lidar com problemas em sala de aula. Uma pergunta aberta ao final do questionário 1 indagava sobre como os professores se sentiam ao lidar com crianças portadoras de TDAH dentro de sala de aula. No questionário 2 essa pergunta investigava como, após o *workshop*, eles se sentiam ao lidar com essas crianças dentro de sala de aula.

Este trabalho está dividido em três partes: inicialmente, são descritos os principais aspectos do TDAH. Em seguida, apresenta-se o programa de estratégias tal como foi apresentado no *workshop* realizado. Posteriormente, é descrito o trabalho de confecção do questionário utilizado na coleta de dados com os professores e os resultados obtidos.

2) TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

2.1) Definição

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se, principalmente, pela disfunção em três áreas de funcionamento: sustentação da atenção, agitação excessiva e auto-regulação de Impulsos (Barkley, 1981,1990,1997b,2002a). Esses déficits comportamentais aparecem relativamente cedo na infância, antes dos sete anos de idade, e permanecem durante o seu crescimento, comprometendo funcionamento dessas crianças no seu dia-a-dia e podendo causar sérios prejuízos do desenvolvimento psicossocial e acadêmico de seus portadores (Madan-Swain e Zentall, 1990; Faraone e Biederman e cols.,1993).

Desde o final da década de 70 discute-se a persistência do TDAH na idade adulta (Hallowell e Ratey, 1999). Em estudo recente, Barkley e Fischer e cols. (2002) demonstraram que se observa uma incidência entre 46 e 66% de TDAH residual na idade adulta, desde que, para o diagnóstico, seja utilizada uma entrevista com uma pessoa de convívio próximo além, é claro, da entrevista com o próprio portador. Segundo a Associação de Pediatria Americana (2001), o TDAH trata-se de um transtorno do desenvolvimento de curso potencialmente crônico.

2.2) Histórico

O diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade passou por várias definições e denominações ao longo do século passado e, ainda hoje, discute-se quanto a melhor definição e classificação do transtorno.

No início do século XX, profissionais de saúde observaram que algumas crianças recuperadas de encefalites apresentavam inquietação, desatenção e

hiperatividade, comportamentos não apresentados antes da expressão da doença (Strecker e Ebaugh, 1924). Na segunda Guerra Mundial, grande número de pesquisas foram desenvolvidas sobre o comportamento humano, inclusive sobre lesões cerebrais. Uma das descobertas da época foi de que uma lesão em qualquer parte do cérebro gerava desatenção, inquietação e impaciência. Essa pesquisa embasou o argumento de que crianças que apresentavam este comportamento haviam sofrido uma lesão ou sofriam de uma disfunção cerebral. Na década de 40, surge a designação de Lesão Cerebral Mínima. Assim, o transtorno foi definido como um distúrbio neurológico, vinculado a uma lesão cerebral. Passado algum tempo sem comprovação de uma lesão cerebral como causa do transtorno, decidiu-se por denominar Disfunção Cerebral Mínima aqueles comportamentos apresentados pelas crianças (Benczik, 2000).

Reação Hiperkinética da Infância ou Adolescência tornou-se a classificação oficial na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (DSM-II, APA, 1968). A partir de então, o transtorno passou a ser denominado pelo sintoma mais evidente e não mais por uma hipótese etiológica que não fora confirmada.

Na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (DSM-III, APA, 1980), o transtorno passou a ser denominado de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), uma vez que a desatenção passou a ser percebida como fator de significativo comprometimento nas crianças com esse transtorno. Nessa classificação, o transtorno foi dividido em dois subtipos: DDA com hiperatividade e DDA sem hiperatividade. Para receber o diagnóstico de DDA, a criança deveria apresentar os sintomas de desatenção, impulsividade e, no caso do subtipo hiperativo, apresentar alto nível de agitação.

Alguns estudiosos como, por exemplo, Barkley (1981), discutiram a presença de sintomas combinados, ou seja, muitos casos demonstravam crianças desatentas que apresentavam também sintomas de hiperatividade. Na terceira edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (DSM-III-R), a denominação foi mudada para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Na Quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (DSM-IV, 1994), as três maiores áreas de comprometimento funcional foram reduzidas a duas, com hiperatividade e impulsividade constituindo uma única categoria de prejuízo. Nessa classificação, o transtorno foi dividido em três subtipos: TDAH predominante Desatento, TDAH predominantemente Hiperativo-Impulsivo e TDAH tipo Combinado.

Em 2002, com o lançamento da quarta versão revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (DSM-IV-TR), finalmente observou-se a classificação de critérios diagnósticos para o TDAH em remissão parcial, ou seja, os resultados de pesquisas realizadas desde a década de 80 apresentam evidências suficientes para sustentar a classificação deste transtorno também na idade adulta.

2.3) Prevalência

Estudos de prevalência do TDAH são realizados em todo o mundo. Observa-se alta prevalência em países com culturas bem diversificadas: 3-7% nos Estados Unidos; 7% no Japão; 6-8% na China; e 7% na Nova Zelândia, por exemplos (Barkley, 2002b). No Brasil, estudos mostram que de 3 a 7%, em média,

das crianças em idade escolar são portadoras (Guardiola, A., Fuchs, F. e Rotta, N., 2000; Rohde, L., Biederman, J., Busnello, E., e cols, 1999).

A incidência no sexo masculino é, aproximadamente, três vezes maior que no sexo feminino (DSM IV-TR, 2002).

2.4) Hipóteses Etiológicas

A causa do TDAH não pode ser atribuída a um único fator. Porém existem claras evidências que apontam para influência genética. Discute-se, ainda, a importância de fatores ambientais como gatilho para expressão do transtorno, em indivíduos com alguma predisposição genética.

Pesquisas realizadas com gêmeos mostram um risco maior para a expressão do transtorno em monozigóticos (MZ) do que dizigóticos (DZ). Um grande estudo realizado com gêmeos (Goodman e Stevenson, 1989) relatou que a probabilidade de expressão do transtorno em MZ e DZ, respectivamente 51% e 33% com hereditariedade de 64%. Um estudo recente apontou concordância para MZ e DZ de 58% e 31%, respectivamente, com uma hereditariedade de 79% (Sherman, MacGue e Iacono, 1997).

Estudos realizados com parentes não biológicos de crianças TDAH adotadas mostraram que estes parentes têm menos chances de receber o diagnóstico de TDAH do que parentes biológicos de pessoas com o transtorno (Epstein, Conners, Erhardt e cols., 2000; Cantwell, 1975, Apud Faraone, Biederman e cols. 1993). Em trabalho realizado analisando a prevalência de TDAH em gêmeos irmãos de portadores apontou a probabilidade de 50% destes receberem o mesmo diagnóstico que os irmãos (Goodman e Stevenson, 1989).

Várias teorias foram construídas sobre as causas ambientais que poderiam ser apontadas como causa do TDAH: consumo de aditivos alimentares (corantes e conservantes); excesso de açúcar na alimentação; exposição demasiada à luz fluorescente; problemas com hormônios da tireóide; Contudo nenhuma dessas hipóteses demonstrou ser sólida e suficiente para representar uma das causas do TDAH. Todas elas foram abandonadas.

No final da década de 70, Willis e Lovaas (apud Braswell, 1991) postularam que o TDAH seria resultado de convivência com pais que apresentariam, pouco controle sobre o comportamento dos seus filhos ou métodos de criação que resultariam em pouca obediência. Porém, na década de 80, Barkley e colaboradores desenvolveram uma pesquisa na qual famílias de crianças com TDAH eram observadas antes e depois do tratamento. Descobriram que, nessas famílias, as mães apresentavam mais comandos e supervisão sobre seus filhos, mas esse comportamento por parte das mães seria resultante do comportamento da criança com TDAH. Após o tratamento das crianças com estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), as mães apresentavam diminuição significativa do seu comportamento de comandos e supervisão exacerbada sobre seus filhos devido ao controle dos sintomas primários do TDAH. Barkley pode concluir, então, que o comportamento das mães é resultado e não causa do TDAH de seu filho (Barkley, 1988).

Ainda hoje, discute-se fatores ambientais como uso de tabaco, álcool durante a gestação ou sofrimento fetal durante o parto (devido a não realização adequada de exames pré-natais e/ou atraso na realização do parto). Porém discute-se, ainda, se esses fatores apontados como causais não constituiriam

conseqüências de um comportamento impulsivo e desatento de mãe também portadora de TDAH (Mattos, 2001).

Estudos têm sugerido diferenças significativas na estrutura e no funcionamento cerebral dos portadores de TDAH, principalmente no hemisfério direito do cérebro, no córtex pré-frontal, nos gânglios da base, no corpo caloso e no cerebelo.

“Esses estudos sobre metabolismo e estrutura cerebral combinados com os estudos genéticos e de resposta à remédios vêm demonstrado claramente que o TDAH é um transtorno neurobiológico. O grau de gravidade dos problemas experimentados pelo portador pode variar segundo a experiência de vida. A genética parece ser o primeiro fator determinante se um indivíduo manifestará os sintomas de TDAH” (Goldstein, 2003, p. 3).

2.5) Diagnóstico

O diagnóstico do TDAH é clínico, ou seja, é realizado numa entrevista clínica, na qual verifica-se o grau de comprometimento funcional na vida do portador causado pelos sintomas do transtorno.

A CID-10 define esse transtorno como:

“Transtorno Hiperkinético que caracteriza-se por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hiperkinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do

desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima.”

Neste trabalho utilizaremos a definição da DSM-IV, devido esta classificação ser a mais específica na descrição dos comportamentos desadaptativos e apontar mais claramente a direção para o diagnóstico. Outro ponto reforça a utilização da DSM-IV é o fato desse sistema diagnóstico ser o mais utilizado em pesquisas em todo o mundo.

Segundo a DSM-IV-TR (2002) para fazer o diagnóstico de TDAH é necessário que sejam reconhecidos, pelo menos, seis sintomas dentre os nove apresentados para desatenção para o subtipo Desatento; no diagnóstico do subtipo Hiperativo/Impulsivo devem ser observados, no mínimo, seis sintomas dos nove descritos para esse subtipo. Para o terceiro subtipo desse transtorno: o Subtipo Combinado deve manifestar seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Crítérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo DSM-IV-TR (2002)
A. Ou (1) ou (2)
<p>1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Desatenção:</p> <p>(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras</p> <p>(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas</p> <p>(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra</p> <p>(d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)</p>

<p>(e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades</p> <p>(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)</p> <p>(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)</p> <p>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa</p> <p>(i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias</p>
<p>2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p>
<p>Hiperatividade:</p> <p>(a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira</p> <p>(b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado</p> <p>(c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)</p> <p>(d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer</p> <p>(e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"</p> <p>(f) freqüentemente fala em demasia</p>
<p>Impulsividade:</p> <p>(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas</p> <p>(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez</p> <p>(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)</p>
<p>B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.</p>
<p>C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).</p>
<p>D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</p>
<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).</p>
<p>Codificar com base no tipo:</p>
<p>F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o</p>

Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente

Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-

Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

O diagnóstico do TDAH não se baseia na simples presença dos sintomas, mas em sua gravidade e duração, e em que extensão interferem na vida cotidiana (Hallowell e Ratey, 1999).

Além da entrevista clínica, o exame neuropsicológico pode ser utilizado como eficiente instrumento auxiliar para a discriminação de pacientes com TDAH e formulação do tratamento (Doyle, e cols., 2000). Testes neuropsicológicos têm uma grande utilidade em basicamente três áreas: a) ajudar no diagnóstico b) ajudar a delinear o tratamento, identificando capacidades, potencialidades e limitações e, ainda, c) medir mudanças ao longo do tempo (geralmente após alguma intervenção médica ou psicológica) (Seidman e cols, 1997).

Através do exame neuropsicológico pode-se observar o grau do comprometimento da atenção, do controle de impulso, memória de trabalho – disfunções tradicionais do transtorno - além de observar se existe alguma outra função cognitiva comprometida que pode estar agravando a expressão do transtorno, como por exemplo, dificuldades do processamento lingüístico. É importante ressaltar o papel do exame neuropsicológico como importante ferramenta no auxílio ao diagnóstico diferencial. Através deste exame, também é possível verificar se a agitação e desatenção apresentadas são expressão de TDAH ou resultam de um comprometimento cognitivo global, como retardo mental, por exemplo.

Para um exame neuropsicológico adequado, deve-se utilizar uma bateria de testes que avalie as múltiplas funções coordenadas pelo córtex pré-frontal tais como: atenção, organização, planejamento, seqüenciação, inibição de resposta e alternância de atenção. Somente um conjunto de testes é capaz de capturar a complexidade dessas tarefas executivas-atencionais (Fuster, 1989 apud Doyle, 2000).

2.6) Comorbidades

O TDAH revela taxas elevadas de ocorrência simultânea com outros transtornos psiquiátricos, em especial com transtornos do humor, com transtornos ansiosos e com transtornos disruptivos do comportamento (Souza e Serra, Mattos e cols 2001). Barkley (1998) sugere as seguintes taxas de comorbidade: de 10 a 40% para transtornos ansiosos, 9 a 32% para depressão, 20 a 67% para transtorno opositivo-desafiador e 20 a 56% para transtorno de conduta. Molina (2003), sugere que portadores de TDAH, quando não mantêm o tratamento, apresentam incidência significativamente maior de abuso de substâncias ao longo da vida quando comparados com controles numa proporção de 10.6% para 3%, respectivamente.

A presença de comorbidade com transtornos comportamentais, transtornos do humor, transtornos de ansiedade, abuso de álcool e drogas aumenta o comprometimento funcional observado em uma significativa parcela destes indivíduos.

Além disso, os Transtornos do Aprendizado (TA) causam sério comprometimento acadêmico quando comórbidos com o TDAH (Faraone e cols., 2001). Os índices de comorbidade podem variar de 10% a 90% dependendo da

definição de TA empregada. Contudo, tem sido sugerida uma taxa de 30%, usando tanto leitura quanto aritmética como TAs comórbidos (Cantwell e Satterfield, 1978 ; Lambert e Sandoval, 1980 ; Levine, Busch e Aufseeser, 1982).

2.7) Problemas Secundários aos Sintomas Primários

A dificuldade de inibição da resposta impulsiva é, hoje, apontada como o principal comprometimento cognitivo do TDAH (Barkley, 1997a; Nigg, 2001; Clark, Priore e Kinsella, 2000; Barkley, 1997b). A expressão desse comprometimento no dia-a-dia pode ser observada nas respostas emitidas por essas crianças antes do término da pergunta, no comportamento de furar a fila para entrar primeiro na sala de aula e na dificuldade de se manter sentado enquanto faz as tarefas escolares, por exemplos.

Além da dificuldade de controle do impulso, a sustentação da atenção é um dos déficits cognitivos mais evidentes do TDAH. Essa dificuldade de manter a atenção focada comprometeria também a memória. A recepção das informações fica desorganizada devido à dificuldade de concentração impossibilitando assim o armazenamento adequado. Muitos pais e professores apontam que, embora a criança estivesse parada na sua frente no momento em que a regra foi explicada, ela nunca segue essas regras da forma como foram explicadas.

Os indivíduos com TDAH são facilmente distraídos por estímulos externos devido à incessante procura por reforçadores imediatos (Barkley 1981). Alguns experimentos foram realizados a fim de verificar essa característica que faz com que crianças com TDAH troquem recompensas maiores por menores desde que essas sejam oferecidas imediatamente (reforço imediato). Um bom exemplo dessa

dificuldade de esperar por reforçadores é o experimento descrito por Barkley (2002b), no qual as crianças recebem a opção de fazer pouco trabalho e receber imediatamente uma pequena recompensa ou realizar um trabalho um pouco maior e receber uma recompensa bem maior só que dias depois. Aqueles indivíduos com TDAH preferem a menor recompensa a ter que esperar por uma maior. A partir desse exemplo, podemos entender que se manter em uma atividade constante de estudo para receber uma boa nota no final do bimestre não parece razoável para essas crianças, pois a recompensa está muito distante no tempo. O comportamento de estudar é bastante prejudicado nos estudantes com TDAH por falta desse reforçamento imediato.

A interação social é gravemente comprometida em indivíduos com TDAH. É difícil para eles prestar atenção unicamente no seu interlocutor quando existem vários estímulos no ambiente que o chamam a atenção; sua cabeça está sempre cheia de idéias e, de forma impulsiva, ele acaba comentando algo que não se relaciona, em absoluto, com o assunto discutido naquele momento; freqüentemente, ele passa por pessoas conhecidas e, como está pensando em várias coisas naquele momento e, provavelmente, agitado e correndo, não as cumprimenta. Esses são alguns exemplos de comportamentos característicos do TDAH que comprometem de forma significativa a convivência social dos portadores desse transtorno.

A maioria dos pacientes que procuram a ajuda de profissionais, sofrem com dificuldades secundárias resultantes da interação dos comprometimentos cognitivos e comportamentais, com os ambientais acadêmicos e sociais.

2.7.1) Déficit de Habilidades Sociais

A convivência com crianças com TDAH é muito dificultada pela impulsividade, agitação e desatenção características do transtorno que possuem. Apresentam baixa tolerância à frustração, são extremamente competitivas, freqüentemente modificam e criam regras a fim de se beneficiarem nos jogos, têm grande dificuldade de compartilhar brinquedos e não parecem dar muita atenção ao que as outras crianças querem fazer (Phelan, 1996).

É muito comum que a criança portadora de TDAH seja apontada pelos adultos com os quais convive como “mal educada” e com pais que “não oferecem limites” e “deixam a malcriação correr solto”. Isso ajuda na criação de rótulos para as crianças e um sentimento de incompetência por parte dos pais.

Geralmente, quando acontece alguma discussão na qual está envolvida, culpa os outros pelo início da confusão. A forma de se defender é agredindo aqueles que estão próximos e, como têm grande dificuldade de inibir seus impulsos, geralmente, acabam transformando o problema em algo de proporções inimagináveis no início da discussão. Esse tipo de comportamento acaba por criar uma fama de criança bagunceira e, ao passar do tempo, essa criança desempenha o papel de “bode expiatório” de todo e qualquer tipo de problema que aconteça à sua volta.

O seu comportamento desadaptativo acaba por diminuir o número de ambientes a serem freqüentados por estas crianças, seja por que as outras crianças deixam de convidá-las para festas e brincadeiras, seja por seus pais evitarem sair com essas crianças, pois aprenderam que onde quer que as levem sempre sairão do

local tendo a experiência desagradável propiciada pelo comportamento inadequado de seu filho.

Alguns estudos empíricos têm observado interações dessas crianças em sala de aula, pequenos grupos experimentais, em pequenos grupos no *playground* e com adultos. De uma maneira geral, esses estudos apontam que a criança com TDAH apresenta comportamento desadaptativo, é mais desligada da tarefa e dominadora dos seus pares (Madan-Swain e Zentall, 1990). Essas crianças são, freqüentemente, classificadas na zona de rejeição e, raramente, apontadas com interação positiva pelos seus pares (Braswell, 1991).

Devido à experiência de rejeição por parte das crianças da mesma idade e, a fim de aumentar a probabilidade de dominar a brincadeira e ditar as regras, essas crianças procuram pares mais novos para brincar, pois são maiores e assim impõem suas vontades de diversão.

Alguns autores (Grenell, e cols, 1987 apud Braswell, 1990) afirmam que as crianças com TDAH se utilizam das mesmas estratégias que crianças não-portadoras para iniciar uma amizade, mas são inábeis para manter a amizade e ineficazes em resolução de conflitos.

A interação familiar é também afetada pela inabilidade social e comportamentos inadequados decorrentes dos sintomas primários do TDAH. Assim como os conflitos com colegas, conflitos entre irmãos são muito freqüentes. Além de déficit nas habilidades sociais com os pares, as crianças com TDAH exibem comportamentos que aborrecem os adultos: a desatenção no cumprimento de regras, a hiperatividade, a impulsividade que contribuem para a emissão de respostas malcriadas quando não recebem imediatamente o que querem (expressão da dificuldade de esperar por reforços em longo prazo) faz com que os problemas

apareçam também com os pais e outros adultos com os quais convivem. Pesquisas têm mostrado que existe alto grau de conflitos entre pais e filhos em famílias que possuem um portador de TDAH (Barkley e cols., 1990 ; Smith e cols., 1998). Da mesma forma, estudos têm documentado que, comparando com controles, crianças com TDAH são mais propensas a receber ações disciplinares tais como suspensões e expulsões, por exemplos (Barkley e cols., 1990 ; Klein e Mannuzza, 1991 apud Smith e cols., 1998).

O TDAH, como vimos anteriormente, apresenta grandes taxas de comorbidades o que pode agravar mais ainda sua interação social. Os maiores índices de comorbidade ocorrem com transtornos do comportamento tais como transtorno opositivo desafiador e transtorno de conduta; seguidos de transtornos ansiosos e depressivos. A expressão dessas comorbidades diminui ainda mais a probabilidade de um comportamento social adequado, pois a criança torna-se mais irritável e mais agitada. A inabilidade social do portador de TDAH será tanto pior quanto mais comorbidades ele tiver.

É fundamental que o desenvolvimento de habilidades sociais e interação interpessoal positiva receba especial atenção por parte de pais, professores e terapeutas, pois a rejeição por seus pares têm sido identificada como forte preditor de um ajustamento social pobre dessas crianças no futuro (Madan-Swain e Zentall, 1990).

2.7.2) Comprometimentos Acadêmicos

A escola é apontada pelas crianças com TDAH com um lugar “chato”. Devido à dificuldade delas de seguir as regras, manterem-se atentas, controlarem seus impulsos e sua hiperatividade, passarem horas seguidas em um mesmo local, realizando tarefas na maioria das vezes sem atrativos, tudo isso faz com que a escola se torne um lugar extremamente aversivo para essas crianças. Não é raro, em uma sessão inicial com uma criança com TDAH ouvir que o recreio é o que ele mais gosta de fazer no colégio.

O indivíduo com TDAH apresenta características muito diferentes de seus colegas de classe e, na maioria das vezes, perturba o funcionamento da classe (principalmente os portadores do subtipo hiperativo). As crianças desatentas são identificadas pelo professor, pois parecem estar em qualquer outro lugar, menos na sala de aula e, por mais que o professor chame a sua atenção, eles nunca conseguem que essa seja mantida por muito tempo (por mais que a criança pareça se esforçar para isso).

Um fator que chama a atenção dos professores é que crianças com TDAH compartilham muitas características de comportamento na sala de aula com aquelas portadoras de Transtornos do Aprendizado, porém, é importante deixar bem claro que as fatores contribuintes para desatenção e agitação observadas nessas crianças têm causas completamente diferentes. É necessário observar se a criança não presta atenção porque é desatenta e hiperativa (TDAH) ou se ela apresenta este comportamento por dificuldade de processar o conteúdo acadêmico (TA) apresentando desistência da realização das tarefas acadêmicas propostas (Goldstein, 2001).

A repetência de série escolar é bastante comum em estudantes com TDAH. Faraone, Biederman e cols.(1993), observaram que essas crianças apresentam índices significativamente maiores de fracasso escolar quando comparados com controles (não portadores de TDAH). Na amostra desse estudo, crianças com TDAH apresentavam um percentual de 30% de repetições de séries enquanto que os controles 13% de repetência. Esses achados não surpreenderam os autores, pois a presença de prejuízos acadêmicos é um dos achados mais reproduzidos na literatura.

Uma questão muito discutida nas escolas e que preocupa muito os pais, está relacionada à capacidade intelectual das crianças com TDAH. Devido à dificuldade de concentração e capacidade de auto controle limitada, muitas crianças portadoras deste transtorno apresentam um sério comprometimento acadêmico. Suas respostas são inadequadas e/ou incompletas; parecem não compreender os textos, pois oferecem respostas descontextualizadas; a prova de ciências apresenta muitas respostas incompletas ou em branco; as respostas dos problemas aritméticos não estão corretas, os resultados de suas contas não fazem sentido, por exemplos. Muitas vezes, os graus obtidos em provas são insuficientes para a aprovação acadêmica. Esses resultados podem fazer supor que se trata de uma criança com rebaixamento intelectual. Porém, uma observação mais acurada demonstrará que as respostas de interpretação de texto são inadequadas, pois esta criança não leu a pergunta até o final, ou 'comeu palavras' da resposta devido a sua impulsividade; a prova de ciências apresentava o conteúdo que ela havia estudado no dia anterior, mas seu nível de concentração na hora do estudo era baixo, o que teria impedido o armazenamento adequado das informações; e suas contas foram realizadas utilizando outro sinal matemático (uma conta de subtração foi realizada

como soma, por exemplo). Ou seja, esta criança é impulsiva, hiperativa e desatenta e, por isso, emitiu respostas inadequadas. Se essa criança for argüida novamente sobre a mesma questão, ou se a professora ler em voz alta e a criança acompanhar a leitura no texto (aumentando assim a via de entrada da informação utilizando recursos visuais e auditivos), poderemos perceber que ela responde corretamente às questões, ela sabe o conteúdo ou, pelo menos, grande parte deste (Mattos, 2001).

O TDAH não está diretamente relacionado a um déficit intelectual que impede a criança de aprender. Definitivamente, não é esse o caso. Na verdade é a sua impulsividade, hiperatividade e desatenção que o impedem de acertar.

Em contrapartida, existem crianças portadoras de TDAH que obtêm excelente aproveitamento na escola. Essas crianças possuem um nível de inteligência superior que as ajudam a contornar os déficits causados por suas dificuldades comportamentais.

Alguns pesquisadores chegaram a afirmar que parcela significativa das crianças diagnosticadas como TDAH são, na verdade, extremamente inteligentes e criativas: “verdadeiros gênios entediados com o sistema educacional repetitivo e desinteressante que criamos”. Mas o fato é que a impulsividade dessa criança faz com que ela ofereça rapidamente sugestões e idéias (ela não pára para pensar antes de responder) e, em algumas circunstâncias, isso pode fazer com que adultos percebam essa criança como sendo mais criativa do que as outras. Não existe evidência científica de que a criança com TDAH seja mais inteligente ou criativa do que as outras (Goldstein, 2001).

É fato que o TDAH ocorre em toda a faixa de inteligência, qualquer QI pode ser encontrado em quem tem o transtorno, desde alunos com inteligência limítrofe até os superdotados (Mattos, 2001a).

2.8) Tratamento

É consenso entre os estudiosos que o tratamento da criança portadora de TDAH deve ser feito em uma equipe multidisciplinar onde essa criança possa receber a atenção de um médico, de um psicólogo e, em alguns casos, de um fonoaudiólogo. É muito importante para o tratamento que estes especialistas mantenham um contato regular para que possam discutir os avanços e/ou mudanças de direção no tratamento. Como discutimos anteriormente, o TDAH tem altos índices de comorbidade e, muitas vezes, o diagnóstico do segundo transtorno ocorre durante o tratamento e, para tanto, se faz fundamental a troca de informações entre os profissionais que atendem esta criança.

Os sintomas primários desse transtorno apresentam melhora significativa após a utilização de medicamentos estimulantes. O comportamento apresenta uma melhora substancial, quando essas crianças têm a atenção, a impulsividade e a hiperatividade controladas pelo medicamento (Johnston e Leung, 2001; Smith, Pelham, Evans, e cols, 1998; Phelan, 1996; National Institute of Mental Health, 2000; MTA Cooperative Group, 1999; Hallowell e Ratey 1999; Goldstein, 2003; Barkley, 1988; Barkley, 2002b). Porém é importante ressaltar que o trabalho psicoterápico¹ em conjunto com o medicamentoso pode ajudar na aquisição de habilidades cognitivas e comportamentais tais como auto-monitoria e resolução de problemas,

¹ quando nos referimos à psicoterapia, falamos especificamente da Terapia Cognitivo Comportamental

por exemplos (Knapp, Rohde e cols, 2001; Reinecke, Datilio e Freeman,1996; Braswell e Bloomquist, 1991; Phelan, 1996; Hallowell e Ratey 1999; Goldstein, 2003; Barkley, 2002b)

Devido à dificuldade de processamento lingüístico secundárias ao TDAH apresentadas por algumas crianças, em alguns casos, o tratamento fonoaudiológico também pode ser requerido.

2.8.1) Tratamento Farmacológico

Para quem trabalha com TDAH, principalmente quando realiza pesquisas nessa área, a utilização de medicamentos estimulantes é um fato indiscutível. “Medicamentos estimulantes são o único tratamento atual que normaliza a falta de atenção, a impulsividade e o comportamento impaciente em crianças com TDAH” (DuPaul e Connor, 2002, pág. 280). Os estimulantes são os medicamentos com maiores índices de eficácia no tratamento do TDAH (Johnston e Leung, 2001; Smith, Pelham, Evans, e cols, 1998; Barkley, 2002b). Eles atuam na melhoria do comportamento, do desempenho acadêmico e do ajustamento social para, aproximadamente, 50 a 95% das crianças com TDAH (DuPaul e Connor, 2002).

Estudos têm examinado e comparado a eficácia dos tratamentos psicoterápicos, medicamentosos (especificamente o metilfenidato) e a combinação desses dois (MTA Cooperative Group, 1999; Pelham e cols., 1993). De uma maneira geral, esses estudos indicam que, embora o tratamento psicoterápico seja responsável por melhoras no comportamento, a medicação produz efeitos significativos na diminuição dos sintomas primários (desatenção, hiperatividade, impulsividade) e ajudam a incrementar os alcances da psicoterapia. Ou seja, para

que a psicoterapia tenha o efeito desejável é fundamental que a criança esteja sendo medicada de forma adequada. Portanto, o tratamento combinado (medicação + psicoterapia) seria a melhor indicação (Arnold, Abikoff, Cantwell, e cols 2003).

Outros medicamentos como alguns antidepressivos e a clonidina (medicamento desenvolvido para o tratamento da hipertensão), também podem ser utilizados no tratamento do TDAH, porém os estudos de eficácia mostram que os estimulantes, mais especificamente o metilfenidato, são os mais indicados para o tratamento. Além de estudos que demonstram a diminuição dos sintomas primários com o uso do metilfenidato, existem estudos que demonstram melhora tanto no aspecto acadêmico quanto social do funcionamento do portador de TDAH (Smith, Pelham, Evans, e cols. 1998; Evans, Pelham, Smith, e cols. 2001).

O preconceito quanto ao uso de medicamentos psiquiátricos em crianças, infelizmente, ainda é grande em nossa sociedade. Devido a essa postura contrária, muitos familiares apegam-se a informações superficiais, sem questionar sua veracidade, a fim de criticar o tratamento medicamentoso psiquiátrico de crianças em idade escolar. Muitos mitos foram criados sobre os prejuízos causados por esses medicamentos às crianças, porém nenhum desses foram comprovados cientificamente e, em contrapartida, muitos estudos científicos comprovaram os benefícios dos tratamentos medicamentosos.

2.8.2) Tratamento Psicoterápico

A psicoterapia cognitivo-comportamental é uma intervenção importante no tratamento do TDAH, pois além de melhorar as habilidades sociais, a capacidade de resolução de problemas e outros aspectos cognitivos e comportamentais da criança, oferece ferramentas importantíssimas para pais e professores sobre como lidar com

a criança com este transtorno. A participação de pessoas que convivem com os portadores de TDAH é fundamental para que possa ocorrer a generalização dos ganhos terapêuticos em todos os ambientes freqüentados pela criança.

O método focal, ativo e diretivo dessa terapia é particularmente interessante no tratamento de crianças com TDAH. A atividade do terapeuta em conjunto com o cliente cria uma equipe de trabalho engajada no enfrentamento das dificuldades apresentadas, seguindo uma orientação dirigida a metas específicas.

Abordagens pouco diretivas e não-focais são desaconselháveis, pois a livre associação, um método no qual o paciente deve dizer o que vem à mente, pode deixar a pessoa totalmente confusa. Passam tantas informações na mente de uma pessoa com TDAH, em tão pouco tempo, que poderá ser criado um discurso extenso e com pequeno aproveitamento de material para psicoterapia, frustrando, assim tanto o paciente quanto o terapeuta (Hallowell e Ratey, 1999).

Alguns autores (NIH Consensus Statement, 1998) apontam para o fato de que a terapia comportamental seria a única eficaz no tratamento do TDAH, não havendo demonstração de eficácia nos tratamentos cognitivos. Porém, outros demonstram que são de fundamental importância os treinos de auto-instrução, de resolução de problemas e os treinos de habilidades sociais - técnicas com muitos elementos cognitivos (Braswell e Bloomquist, 1991; Hinshaw, 1991). Portanto, o tratamento adequado utiliza técnicas de manejo comportamental e técnicas cognitivas. É claro que não seriam utilizadas algumas técnicas cognitivas tradicionais como registro de pensamentos, pois, como é defendido por alguns autores (Goldstein, 2003; Kendall, 2002) os indivíduos com TDAH têm um “defeito” cognitivo que os impedem de pensar antes de agir – a Impulsividade. Portanto, o paradigma cognitivo de que pensamentos geram sentimentos que regem nosso comportamento

estaria subvertido no caso de portadores de TDAH. Então quando falamos de terapia cognitivo-comportamental para crianças com TDAH, estamos afirmando que utilizaríamos algumas técnicas cognitivo-comportamentais, desconsiderando aquelas que seguem o paradigma cognitivo citado acima.

Resumidamente, os principais elementos a serem trabalhados na psicoterapia com o portador de TDAH seriam:

✓ Psico-educação sobre o transtorno

Em um primeiro momento, é importante que o portador e aqueles significativos próximos tenham acesso a todas as informações necessárias para a compreensão do problema. Quanto mais material informativo for oferecido, maior a possibilidade de entendimento do problema o que aumentará a possibilidade do engajamento dos familiares no tratamento. A psico-educação sobre o transtorno também é fundamental para diminuir os rótulos e preconceitos comumente atribuídos ao portador de TDAH, tais como: preguiçoso, incompetente, atrasado, etc. A auto-estima do paciente também pode melhorar ao saber que não conseguia fazer todas as tarefas escolares por conta de um problema neurológico e não por preguiça.

No Brasil, temos, hoje, vários livros que funcionam como boas fontes para psico-educação sobre o transtorno (Mattos, 2001; Rohde e Benczik, 1999; Topczwski, 1999; Hollowell e Ratey, 1999; Goldstein e Goldstein, 1998).

✓ Automonitoria e auto-avaliação

O automonitoria é uma ferramenta importante no tratamento do TDAH, pois ensinamos ao paciente a perceber e pensar sobre seus comportamentos.

Relataremos aqui o modelo de automonitoria descrito por Hinshaw e Erhardt (1991), o jogo “The Match Game” no qual a criança avalia seu comportamento e suas atitudes durante cada sessão atribuindo uma nota de 1 a 5. A cada início de sessão é escolhido o comportamento a ser observado (importante ressaltar que deve ser observado apenas um comportamento por vez). Tanto terapeuta quanto a criança observam o comportamento e, no final da sessão, devem comparar os pontos atribuídos por cada um e conversar sobre eles. A criança recebe reforço positivo se a concordância entre os pontos atribuídos por terapeuta e paciente é alta (menos de 1 ponto de diferença).

✓ Treino de auto-instrução

O treino de auto-instrução foi desenvolvido por Meichenbaum (1977), baseado na idéia de que a linguagem é a chave para o auto-controle. Basicamente, o terapeuta treina o paciente a regular o seu comportamento através da fala. A seqüência do treinamento é a seguinte: (1) O treinador realiza a tarefa falando em voz alta sobre a natureza do problema e as estratégias que está usando para resolvê-lo (modelação cognitiva); (2) A criança, então, desempenharia a mesma tarefa sob a direção verbal do treinador (guia externo); (3) A criança, depois, realiza a tarefa enquanto se auto-instrui; (4) A criança realiza a tarefa, novamente, enquanto sussurra para ela mesma as instruções; (5) A criança realiza a tarefa enquanto guia seu comportamento com discurso privado (auto-instrução encoberta) (Hinshaw e Erhardt, 1991).

✓ Sistema de reforçamento contingente por meio de fichas ou pontos

A técnica se baseia nos trabalhos de Skinner sobre o comportamento operante e no fundamento de que o comportamento humano pode ser modificado se as

conseqüências desse comportamento forem diferenciadas através do manejo de contingências. Essa intervenção comportamental premia as respostas adequadas. Portanto, o comportamento esperado é reforçado positivamente com o ganho de fichas ou pontos que serão trocados, posteriormente, por prêmios. Os comportamentos esperados são listados pelos pais (ou professor no caso da escola) e à criança cabe a confecção da lista de prêmios que serão trocados pelas fichas ou outros símbolos. O terapeuta define com a criança e pais os valores correspondentes em fichas de cada prêmio e o “valor” de cada comportamento. Cada vez que a criança realiza o comportamento esperado ela recebe pontos ou fichas que serão acumulados para posterior troca pelos prêmios.

✓ Atribuição de custo às respostas inadequadas

No processo de modificação de comportamentos, o reforço positivo é o principal mecanismo utilizado, porém, em alguns casos, é necessário aplicar a atribuição de custo às respostas inadequadas. A criança, teria descontado determinado percentual do seu total de pontos ou fichas ao emitir comportamentos inadequados.

✓ Punições (*Time Out*)

Quando comportamentos disruptivos graves acontecem a criança é submetida ao *time out*: situação na qual a criança é retirada da atividade que está realizando e colocada sentada em uma cadeira onde não poderá ter acesso a nenhum reforçador. Um tempo de permanência é estabelecido e, se a criança levantar ou apresentar qualquer comportamento de birra o tempo é aumentado a cada manifestação comportamental (p. ex.: tempo inicial 5 minutos, a cada manifestação

de birra aumenta 1 minuto). Com o tempo, a criança aprende que quanto mais rapidamente se controlar, mais rapidamente sairá do *time out*.

✓ Planejamento e cronogramas

Um dos grandes problemas enfrentados por indivíduos com TDAH é a dificuldade de organização o que, freqüentemente, causa sérios prejuízos no cumprimento de compromissos e tarefas. Por isso, se faz fundamental ensiná-los a desenvolver quadros de cronogramas. O paciente é ensinado a construir um calendário semanal em uma tabela com um quadrado para cada dia da semana. O compromisso ou tarefa será anotado no dia a ser realizado e um lembrete será escrito três dias antes para que o portador comece a se organizar para a realização da tarefa.

✓ Treino de Resolução de Problemas

O principal objetivo do treino de resolução de problemas é proporcionar uma estratégia eficaz para a diminuição dos problemas causados pelo comportamento inibitório deficitário característico do portador de TDAH. O treinamento é feito de forma a ensinar essas crianças a seguir uma série de passos antes de agir. São eles: 1) PARE!; 2) reconhecimento do problema; 3) geração de alternativas possíveis para a solução do problema; 4) avaliar as conseqüências em curto, médio e longo prazos; 5) escolha de uma das alternativas; 6) avaliação dos resultados obtidos com a alternativa escolhida. Foi adicionado aqui o “PARE!” como primeiro passo da técnica de resolução de problema, a fim de manejar o impulso de continuar agindo enquanto tenta realizar a estratégia de solução de problemas o que prejudicaria a realização adequada da técnica.

✓ Orientações aos Pais

A orientação dos pais é dada no sentido deles também aprenderem a utilizar as técnicas de manejo comportamental utilizadas no consultório para generalizarem os comportamentos aprendidos para o âmbito familiar. É importante que os pais conheçam todas as estratégias para poderem utiliza-las e, ainda, para monitorar a utilização adequada pelo portador.

✓ Orientações aos Professores

A orientação aos professores é muito importante para o aumento de informação sobre o transtorno que diminui significativamente o preconceito e aumenta o entendimento sobre o funcionamento daqueles alunos com TDAH. Além da informação sobre o transtorno, é fundamental apresentar estratégias a serem utilizadas pelos professores dentro de sala de aula que aumentarão o desenvolvimento do potencial acadêmico dos alunos além de facilitar o processo de aprendizagem do portador de TDAH.

3) WORKSHOP PARA PROFESSORES DE CRIANÇAS DESATENTAS, HIPERATIVAS/IMPULSIVAS

“Crianças hiperativas, impulsivas e desatentas: como lidar em sala de aula”

O workshop é dividido em duas partes: na primeira parte os professores recebem informações sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; na segunda parte, são abordadas estratégias sobre como lidar com essas crianças.

3.1) Parte I – Informações sobre TDAH

Serão apontados aqui os tópicos abordados com os professores de forma reduzida. Os dados utilizados na apresentação são os mesmos apresentados no início dessa dissertação.

3.1.2) Como essas crianças se comportam?

São apresentados aos professores as características comportamentais, utilizando os critérios da DSM-IV para descrição desses comportamentos.

3.1.3) Como é feito o diagnóstico infantil

É explicado aos professores que além de apresentarem tais características comportamentais, é necessário, ainda, que sejam observadas evidências de prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, ou seja, os sintomas precisam causar prejuízos significativos no funcionamento em, pelo menos, duas áreas importantes da vida desses

indivíduos na casa e/ou na escola. Além disso, os sintomas descritos devem persistir por, no mínimo, seis meses em grau desadaptativo e serem incompatíveis com o nível de desenvolvimento esperado para a idade (DSM-IV-TR, 2002).

Os professores são informados que para a realização do diagnóstico, a criança precisa ser avaliada por um profissional especializado que realizará entrevistas com os pais, observará a criança e consultará a escola (através de questionário ou pedido de relatório) sobre o comportamento da criança neste ambiente.

A fim de combater o mito de que o TDAH é um transtorno infantil, apresentamos aos professores dados que demonstram a persistência do transtorno na idade adulta. Assim, podemos chamar atenção para os prejuízos causados por esse transtorno ao longo da vida do indivíduo.

3.1.4) Freqüência na população

São apresentados estudos sobre prevalência no mundo, demonstrando que o TDAH é um transtorno diagnosticado em diversas culturas e não só nos países ocidentais.

3.1.5) Problemas secundários aos sintomas primários

Nesse tópico, são explanados os problemas causados pelos sintomas do transtorno, enfatizando os problemas acadêmicos e a inabilidade social.

3.1.6) Tratamento

Os tratamentos medicamentoso e psicoterápico são explicados e chama-se atenção para a importância da medicação para o controle dos sintomas primários.

4) Qual o nível de conhecimento dos professores sobre TDAH e como estes se sentem ao lidar com essas crianças dentro de sala de aula?

No contato com pais de crianças com TDAH, observou-se uma grande quantidade de queixas sobre o tratamento que os filhos recebiam na escola por parte dos professores. Muitas dessas queixas demonstravam que o professor agia de determinada forma por desconhecer e, portanto, não estar preparado para lidar com uma criança com TDAH dentro de sala de aula. Diante dessas queixas freqüentes, decidiu-se construir um questionário com algumas afirmativas que visavam conferir o quanto os professores conhecem o transtorno e sobre estratégias de como lidar com essas crianças dentro de sala de aula. Além disso, investigou-se também como esses professores sentem-se ao lidar com essas crianças dentro de sala de aula e como se expressa esse sentimento após um workshop informativo sobre o transtorno e estratégias para utilizar com a turma para manejar os comportamentos.

4.1) METODOLOGIA

4.1.2) PARTICIPANTES

Foram convidados professores das redes pública e privada de escolas da cidade do Rio de Janeiro. Foram enviadas 50 cartas-convite para as escolas (ver exemplo da carta no anexo I), sendo 25 para escolas privadas e 25 para escolas públicas de ensino fundamental. Era solicitado que os professores se inscrevessem para esse evento gratuito por telefone para que pudéssemos controlar o número de inscritos. Inscreveram-se para o evento 65 professores. Fato surpreendente foi que todas as inscrições foram realizadas por professores da rede privada. Infelizmente, constatou-se o desinteresse dos professores da rede pública em eventos informativos que contribuiriam para seu aperfeiçoamento profissional.

Dos 65 inscritos, 52 compareceram. Esses professores lecionavam em escolas da zona sul (13), zona norte (14), centro (9) e zona oeste (16). Dois participantes chegaram atrasados, quando o workshop já havia começado, portanto seus questionários foram ignorados e suas respostas não fazem parte desse estudo.

4.2.2) INSTRUMENTO

Construção do Questionário

O questionário foi construído com 14 afirmativas com dados da literatura sobre características do transtorno e estratégias a serem utilizadas dentro de sala de aula. Os professores assinalavam verdadeiro quando consideravam a afirmativa verdadeira e falso quando acreditavam se tratar de uma afirmação falsa. O questionário pode ser observado tal como fora apresentado aos professores no anexo I.

As afirmativas utilizadas no questionário foram:

1. Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) sempre têm um desempenho escolar ruim.

A literatura aponta que, durante muito tempo, as crianças portadoras de TDAH, principalmente aqueles com subtipo desatento, eram marcados como fadados a um desempenho escolar ruim (Goldstein, 2001). Hoje, sabe-se que essas crianças podem ter seu potencial acadêmico diminuído, mas isso não é condição de todos os portadores. Muitas crianças têm seu desempenho acadêmico menor do que o seu real potencial devido ao TDAH, mas nem sempre isso determina uma falta de progresso no desenvolvimento acadêmico. Alguns dos portadores de TDAH conseguem manter suas notas acima da média exigida pelas escolas para aprovação. Não existe correlação entre inteligência e TDAH, esse transtorno ocorre em toda faixa de inteligência, ou seja, podemos encontrar desde alunos com inteligência limítrofe até os com inteligência superior (Mattos, 2001).

2. Algumas crianças portadoras de TDAH apresentam apenas a desatenção como sintoma sem a hiperatividade.

Muitos leigos acreditam que para ser diagnosticado como tendo o transtorno é necessário que a criança apresente desatenção e hiperatividade em conjunto. Segundo dados da literatura, podemos encontrar 3 subtipos de TDAH: subtipo desatento (com 6 ou mais características de desatenção); subtipo hiperativo (com 6 ou mais características de hiperatividade) ; subtipo misto ou combinado (com 6 ou mais características de desatenção e 6 ou mais características de hiperatividade).

Portanto, para receber o diagnóstico de TDAH pode-se apresentar somente características de desatenção configurando-se o subtipo desatento.

3. O TDAH é consequência de falta de limites em casa.

Uma das causas levantadas para o desenvolvimento do TDAH foi a falta de limites em casa. Acreditava-se que a desatenção e, principalmente, a hiperatividade era falta de aprendizado secundário a uma frouxidão das regras e limites colocados pelos familiares. No entanto, pesquisas demonstraram que as possíveis causas do TDAH estão muito relacionadas com fatores genéticos (Madan-Swain e Zentall, 1990; Mattos, 2001; Epstein, Conners, Erhardt e cols., 2000; Goodman e Stevenson, 1989). Pode-se dizer que a falta de regras claras e bem definidas podem agravar os problemas causados pelo transtorno, mas afirmar que estas sejam causadoras do transtorno seria uma afronta aos achados científicos dos estudos genéticos realizados.

4. As crianças com TDAH precisam estudar em escolas especiais.

Uma afirmação muito freqüente por parte dos pais de crianças com TDAH é a de que as escolas pedem claramente que estes retirem seus filhos das escolas ou dificultam o prosseguimento da criança na escola. Sabe-se que as crianças portadoras de TDAH podem perfeitamente dividir uma sala de aula com crianças sem problemas de comportamento (Rief, 1993).

5. Em cada grupo de 30 crianças, 1 é portadora de TDAH.

Segundo a DSM-IV-TR, a prevalência de TDAH em crianças em idade escolar é de 3 a 7%. A afirmativa traz a prevalência em escolas brasileiras apontada por Knapp e Rhode (2002). Portanto, é verdadeiro dizer que: em cada grupo de 30 crianças, 1 é portadora de TDAH.

6. A medicação é fundamental para melhorar o funcionamento do portador de TDAH.

Os estudos realizados pelo MTA Cooperative Group (1999) demonstraram a importância fundamental e a eficácia da medicação estimulante do sistema nervoso central para o manejo dos sintomas primários do transtorno. Barkley (2002b) afirma de forma categórica que medicamentos estimulantes são o único tratamento atual que normaliza a falta de atenção, impulsividade e comportamento impaciente em crianças com TDAH.

7. O TDAH é um transtorno infanto-juvenil que não causa prejuízos na vida adulta.

Segundo a Associação de Pediatria Americana (2001), o TDAH trata-se de um transtorno do desenvolvimento de curso potencialmente crônico. Desde o final da década de 70 discute-se a persistência do TDAH na idade adulta (Hallowell e Ratey, 1999). Em estudo recente, Barkley e Fischer e cols. (2002) demonstraram que se observa uma incidência entre 46 e 66% de TDAH residual na idade adulta.

8. Uma possível causa para o TDAH é a influência genética.

Um grande estudo realizado com gêmeos (Goodman e Stevenson, 1989) relatou que a probabilidade de expressão do transtorno em MZ e DZ, respectivamente 51% e 33% com hereditariedade de 64%. Um estudo recente apontou concordância para MZ e DZ de 58% e 31%, respectivamente, com uma hereditariedade de 79% (Sherman, MacGue e Iacono, 1997).

9. É importante que a criança com TDAH sente longe de janelas ou portas para evitar que ela se distraia.

As crianças com TDAH têm dificuldade de sustentar atenção por tempo prolongado e mudam de foco de atenção facilmente. É difícil selecionar no ambiente o que será foco de sua atenção em detrimento dos demais estímulos e, depois manter esse foco por muito tempo. A atenção dessa criança é captada de forma desorganizada pelos estímulos que estão à sua volta. Essa dificuldade de selecionar o foco de atenção faz com que sua concentração seja muito frágil. A criança apresenta grande facilidade para se distrair, seja com o que vê pela janela, alguém que passa pelo corredor, com o lápis do colega que cai no chão etc. Portanto, é muito importante que sua cadeira fique localizada longe das janelas ou portas.

10. Quanto menor a quantidade de regras dentro de sala, melhores serão os resultados do aluno com TDAH.

As crianças com TDAH precisam de pistas sobre o comportamento esperado para que se comportem próximo do que é desejável. Quanto mais pistas sobre comportamento adequado dentro de sala de aula, melhor essa criança se sairá. Uma estratégia que aumenta a adesão às regras é a discussão (em assembléia) das regras da turma. Assim estabelece-se um trabalho em equipe e as crianças sentem-se mais compromissadas no cumprimento das regras. Podemos concluir, então, que as regras são fundamentais dentro de sala de aula e quanto mais o comportamento for guiado por elas menores serão as chances de problemas comportamentais conseqüentemente, melhores serão os resultados do aluno com TDAH (Rief, 2003).

11. A criança portadora de TDAH apresenta dificuldade de processar o conteúdo acadêmico por isso se desinteressa pelas tarefas acadêmicas propostas.

Nas crianças com TDAH observa-se que elas não prestam atenção porque são desatentas e/ou hiperativas. Já aquelas portadoras de Transtorno do Aprendizado apresentam dificuldades de processar o conteúdo acadêmico apresentando desistência da realização das tarefas acadêmicas propostas parecendo estar desatentas quando, na verdade, desistiram de prestar atenção. As crianças com TDAH não apresentam deficiência no processamento da informação, apenas têm dificuldade de prestar atenção o que atrapalha a entrada da informação (Goldstein, 2001).

12. Oferecer intervalos entre as tarefas é uma boa estratégia para o manejo da hiperatividade e desatenção.

O intervalo entre as tarefas é fundamental para que a criança tenha a oportunidade de se movimentar sem que isso seja inoportuno e, ainda, nesse momento oferecemos a oportunidade da criança mudar o seu foco de atenção, momentaneamente fazendo com que ao voltar à atividade ela tenha aumentado o seu gradiente de atenção em relação ao momento em que parou a atividade anterior (Rief, 1993)

13. O modo mais eficaz de manter a disciplina dos alunos portadores de TDAH é punindo, imediatamente, todos os seus comportamentos indesejáveis.

O comportamento é fortalecido, mantido, ou modificado pelas conseqüências desse comportamento. Estímulos reforçadores positivos são conseqüências que fortalecem os comportamentos. Punições são conseqüências que enfraquecem o comportamento (Holland e Skinner, 1975). A grande diferença entre o uso de punição e reforçamento é que a punição funciona enquanto o agente punitivo está presente e por um curto espaço de tempo. Já o reforçamento, tem uma força maior na modificação do comportamento, pois independe da presença do reforçador e persiste no tempo (Rangé, 1998). Portanto, reforçar um comportamento desejável é mais eficaz do que tentar enfraquecer um indesejável. Ou seja, se queremos acabar com um comportamento indesejável, devemos trabalhar no reforçamento do comportamento desejável ao invés de tentar punir o comportamento inadequado.

14. As paredes da sala de aula devem estar sempre vazias, livres de quaisquer cartazes.

As paredes da sala de aula devem servir como quadro de pistas de bom comportamento (Goldstein, 2003). Nas paredes devem estar expostas as regras da turma, o quadro de reforçamento da turma (onde são computados os reforços oferecidos aos indivíduos que emitem comportamentos adequados) e, ainda, cartazes que indicam comportamentos a serem emitidos (por exemplo: o quadro de posição do estudante com desenhos mostrando os olhos no professor, ouvidos bem abertos e mãos sobre a mesa) (Rief, 2003).

Utilizou-se uma pergunta aberta ao final do questionário. No questionário pré-workshop era pedido que o professor explanasse como se sente ao lidar com crianças portadoras de TDAH dentro de sala de aula. A pergunta aberta do questionário pós-workshop sofreu uma pequena modificação pois era indagado como, após assistir o *workshop*, o professor se sentia ao lidar com essas crianças na sala de aula. O objetivo era perceber se ter acesso a esse tipo de informação traria sentimentos mais positivos dos professores em relação a como lidar com estes alunos.

4.2.3) PROCEDIMENTOS

Ao iniciar os trabalhos do *workshop*, foram explicados os procedimentos do encontro e repetida a motivação para a realização daquele trabalho anteriormente declarada na carta convite. O método da pesquisa foi explanado aos participantes e, então, foi solicitado que aqueles que concordassem em participar, preenchessem o

consentimento informado de participação na pesquisa (Anexo II-B), no qual é ressaltado o direito de sigilo sobre as informações e identidade do participante, assim como sua participação espontânea na pesquisa.

Após o recolhimento do consentimento informado, foram distribuídos os questionários pré-*workshop* (questionário 1). Assim que todos os professores responderam ao questionário, foi dado início ao *workshop*.

Ao final do *workshop* foi entregue aos professores o questionário 2 para que eles respondessem considerando as informações recebidas no *workshop*.

5) RESULTADOS

Responderam os questionários 52 professores. Dois indivíduos foram rejeitados por terem chegado após o início do *workshop* respondendo tardiamente o questionário pré-*workshop*. Todos os professores participantes lecionavam em escolas da rede privada da cidade do Rio de Janeiro.

Serão analisadas quantitativamente as respostas verdadeiro ou falso dadas a cada afirmativa e em seguida será realizada uma análise qualitativa das respostas dadas à pergunta aberta dos questionários 1 e 2.

Análise quantitativa das questões verdadeiro ou falso:

Foram contabilizados os acertos de cada indivíduo antes e depois do *workshop*. Assim constituiu-se o escore bruto de cada sujeito nos questionários 1 e 2.

Tabela de Escore Bruto dos questionários 1 e 2:

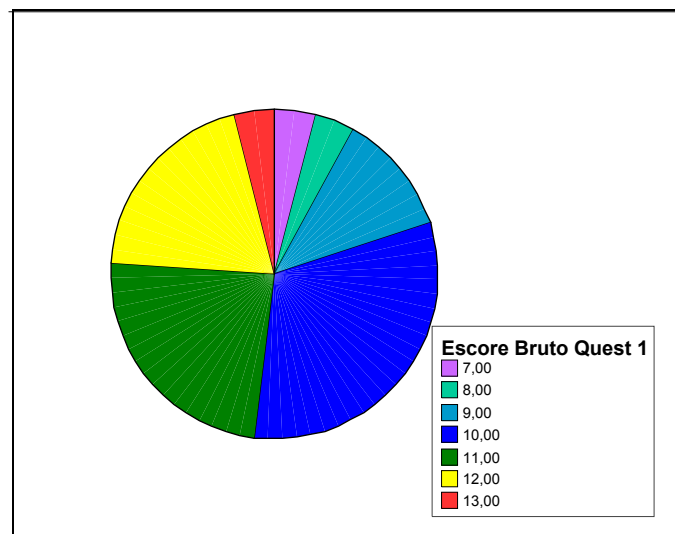
Sujeito	Escore Bruto Questionário 1	Escore Bruto Questionário 2
---------	--------------------------------	--------------------------------

1.	12,00	11,00
2.	12,00	12,00
3.	10,00	10,00
4.	10,00	12,00
5.	10,00	10,00
6.	9,00	11,00
7.	13,00	12,00
8.	7,00	11,00
9.	9,00	10,00
10.	10,00	11,00
11.	10,00	12,00
12.	11,00	12,00

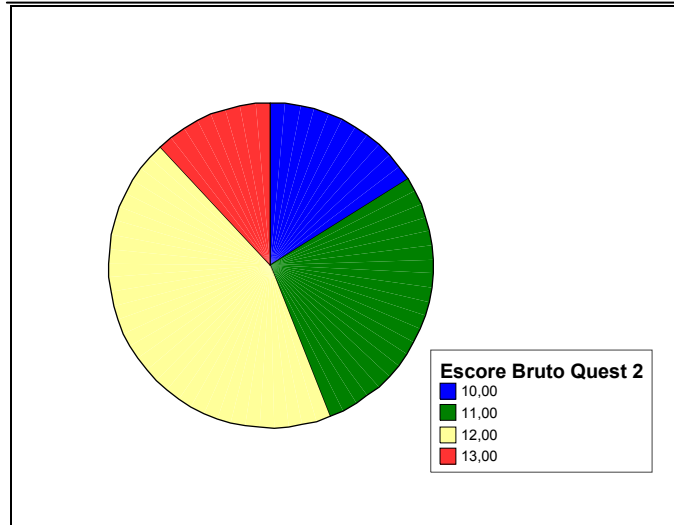
Sujeito	Escore Bruto Questionário 1	Escore Bruto Questionário 2
13.	12,00	11,00
14.	11,00	13,00
15.	11,00	12,00
16.	8,00	11,00
17.	9,00	12,00
18.	12,00	13,00
19.	12,00	12,00
20.	11,00	12,00
21.	10,00	12,00
22.	10,00	11,00
23.	11,00	10,00
24.	10,00	12,00
25.	11,00	13,00
26.	12,00	12,00
27.	10,00	10,00
28.	10,00	12,00
29.	9,00	11,00
30.	13,00	12,00
31.	7,00	11,00
32.	9,00	10,00
33.	10,00	11,00
34.	10,00	12,00
35.	11,00	12,00
36.	12,00	11,00
37.	11,00	13,00
38.	9,00	12,00
39.	12,00	13,00

40.	11,00	12,00
41.	10,00	12,00
42.	10,00	11,00
43.	11,00	10,00
44.	10,00	12,00
45.	11,00	13,00
46.	12,00	12,00
47.	11,00	12,00
48.	12,00	11,00
49.	10,00	10,00
50.	8,00	11,00

Escore bruto de acerto nas respostas do questionário 1



Escore bruto de acerto nas respostas do questionário 2



Com os escores brutos dos questionários partiu-se para análise estatística a fim de verificar a existência de diferença significativa nas respostas antes e depois do *workshop*. Para tal análise foi utilizado o programa SPSS versão 11 para Windows. Utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon para análise de respostas de uma mesma amostra em dois momentos distintos.

Existe diferença significativa nas respostas antes e depois do *workshop* ?

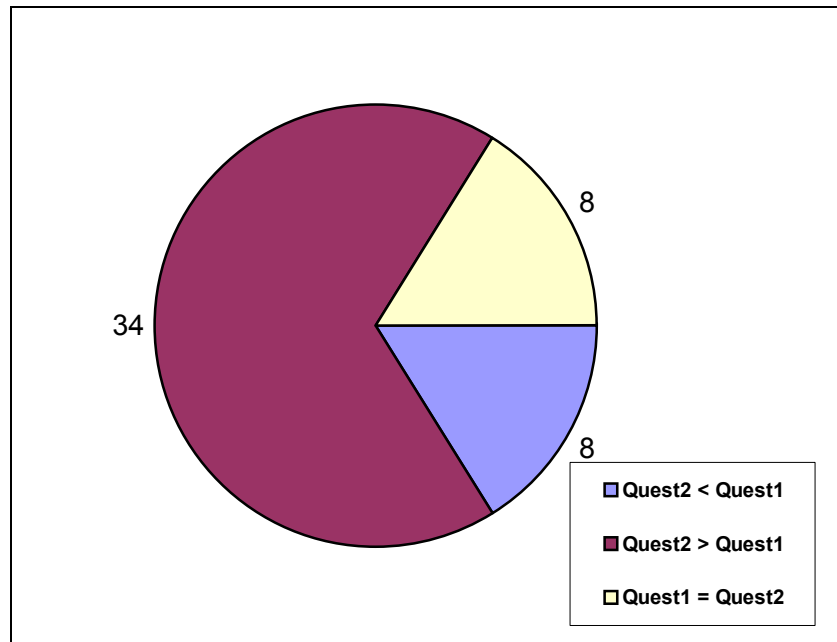
		N
Quest2 - Quest1	Grau negativo	8 ^a
	Grau positivo	34 ^b
	Neutro	8 ^c
	Total	50

a Quest2 < Quest1

b Quest2 > Quest1

c Quest1 = Quest2

Gráfico da diferença dos acertos dos questionários 1 e 2



A tabela 1 e gráfico 3 mostram que 8 sujeitos tiveram mais acertos no questionário 1 do que no questionário 2. Obtiveram mais acertos no questionário 2 do que no questionário 1 um total de 34 indivíduos. Acertaram o mesmo número de respostas tanto no questionário 1 quanto no questionário 2 um total de 8 professores.

Tabela 2: Teste Estatístico

	Quest2 - Quest1
Nível de significância	,000

$p < 0,005$

A tabela 2 indica o nível de significância gerado pelo teste. Observa-se que o nível de significância é menor do que 0,05, portanto existe diferença significativa entre as respostas dadas nos dois momentos medidos (questionário pré e pós workshop).

Resultados das respostas abertas dos questionários 1 e 2:

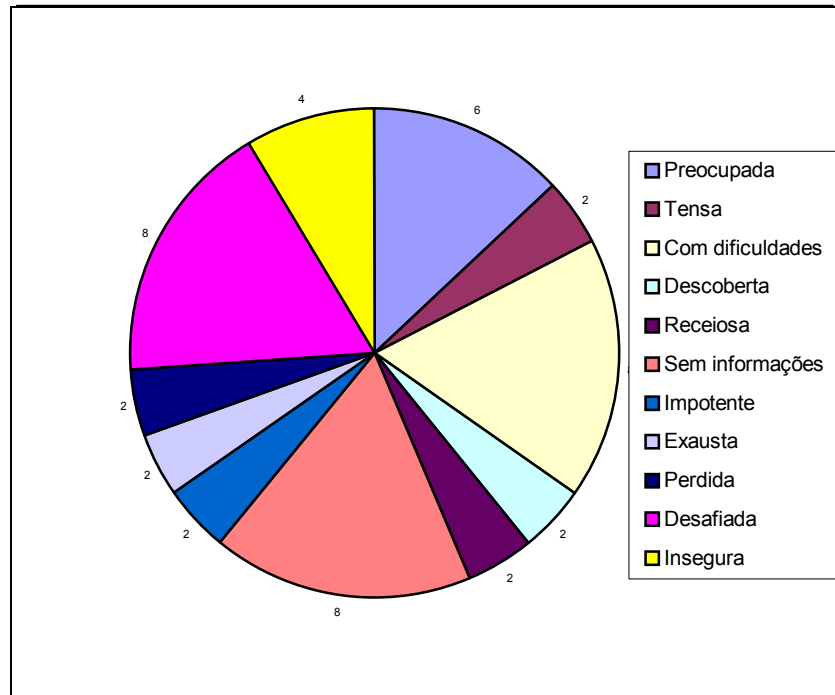
Alguns professores responderam mais de um sentimento, por isso o número de respostas não corresponde exatamente o número de participantes.

Tabela das respostas obtidas na pergunta aberta do questionário 1:

Como você se sente ao lidar com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas dentro de sala de aula?

Respostas obtidas	Frequência
Preocupada	6
Tensa	2
Com dificuldades	8
Descoberta	2
Receiosa	2
Sem informações	8
Impotente	2
Exausta	2
Perdida	2
Desafiada	8
Insegura	4
Angustiada	2
Incapaz	4

Gráfico das respostas obtidas na pergunta aberta do questionário 1:



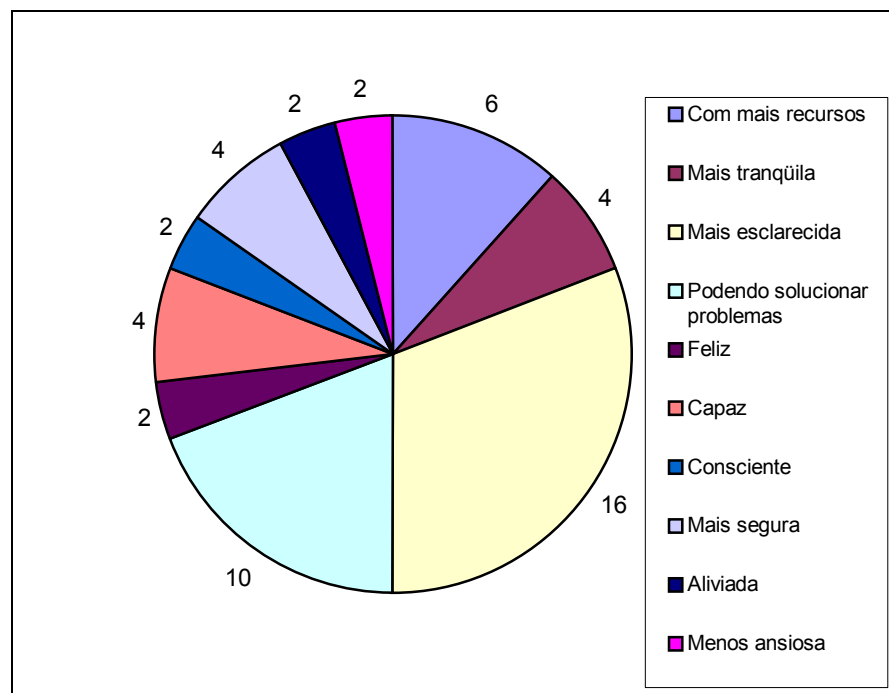
Percebe-se nessas repostas que os professores têm sentimentos negativos em relação a lidar com essas crianças dentro de sala de aula. Sentimentos de desinformação, de estar sendo desafiada e dificuldade são os mais frequentes (8 respostas). A preocupação também obteve uma alta frequência nas respostas (6 respostas). Os sentimentos de insegurança e incapacidade (4 respostas) também foram citados pelos professores quando pensam em lidar com essas crianças dentro de sala de aula. Outros sentimentos relatados pelos professores foram: tensão, impotência, exaustão, estar perdida e angústia (receberam 2 respostas cada um).

Tabela das respostas obtidas na pergunta aberta do questionário 2:

Depois de participar desse workshop, como você se sente ao lidar com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas dentro de sala de aula?

Respostas obtidas	Freqüência
Com mais recursos	6
Mais tranqüila	4
Mais esclarecida	16
Podendo solucionar problemas	10
Feliz	2
Capaz	4
Consciente	2
Mais segura	4
Aliviada	2
Menos ansiosa	2

Gráfico das respostas obtidas na pergunta aberta do questionário 2:



As respostas obtidas no questionário 2, que perguntava como o professor se sentia após esse workshop ao lidar com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas dentro de sala de aula, demonstraram sentimentos mais positivos. Estar mais esclarecida foi a resposta mais freqüente (16 respostas), podendo solucionar problemas foi a segunda resposta mais freqüente (10 respostas), seguida da

resposta com mais recursos (6 respostas), as respostas capaz, mais segura e mais tranqüila também foram apontadas pelos professores (4 respostas), apareceram ainda as respostas feliz, consciente, aliviada e menos ansiosa (2 respostas).

6) DISCUSSÃO

A informação sobre um problema é o primeiro passo a ser dado em direção a resolução deste (Nezu e Nezu, 1999). Portanto, para ensinar como lidar com o problema de comportamento dentro de sala de aula, considerou-se fundamental medir o quanto os professores conheciam sobre características do transtorno e se tinham alguma idéia sobre estratégias a serem utilizadas dentro de sala de aula.

Após a realização de um evento informativo é esperado que o nível de informação dos participantes aumente. Mas as questões que surgem são: será que essa é uma mudança significativa? E ainda: será que essa informação muda a forma como os professores se sentem em relação a lidar com essas crianças dentro de sala de aula?

Ao realizar a análise estatística das afirmativas que mediam o quanto os professores conheciam sobre características do TDAH e estratégias sobre como lidar com este problema em sala de aula, pode-se perceber que houve diferença significativa entre as respostas corretas dadas pelos professores nos momentos pré e pós *workshop*. Após o evento, a maioria dos professores obteve escore de acerto maior do que no momento anterior. Este fato evidencia que o nível de informação desses professores aumentou após sua participação no *workshop*.

Segundo a análise das respostas de nossa amostra às perguntas abertas, podemos perceber que esse tipo de informação oferecida aos professores faz com que esses apresentem sentimentos mais positivos em relação a esses alunos que

apresentam comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos em comparação ao momento pré-*workshop*. Fornecer informações sobre o transtorno e, principalmente, apresentar estratégias sobre como lidar com essas crianças dentro de sala de aula faz com que os professores sintam-se mais esclarecidos com mais recursos, mais seguros, capazes, aliviados, menos ansiosos e até mais felizes em lidar com essas crianças. Isso nos deixa a impressão de que esse tipo de trabalho informativo ajuda não só com o conteúdo aprendido pelo professor, mas também é importante para melhorar a forma como o esse se sente ao ter que enfrentar os problemas cotidianos dentro de sala de aula.

5) CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo oferecer informações sobre TDAH e estratégias a serem utilizadas em sala de aula por professores de 1ª a 4ª séries do ensino fundamental medindo a diferença no nível de informação do professor e a mudança de sentimentos, em relação a lidar com esses alunos, antes e depois de ter acesso a essas informações através de um *workshop*.

Nessa investigação observou-se que o nível de informação dos professores melhora após esse tipo de *workshop*, mas o principal ponto observado neste trabalho foi a modificação dos sentimentos em relação a lidar com crianças hiperativas, impulsivas e desatentas dentro de sala de aula.

A literatura aponta que os professores tratam de maneira diferenciada aqueles alunos nos quais têm grande expectativa e aqueles sobre os quais têm baixa expectativa, preferindo os primeiros. Esse fato acaba por influenciar a possibilidade de sucesso do aluno, fato preocupante para aqueles que trabalham com educação (Hendrickson, Gable e Leszczynski, 1999).

Considerando estes dados da literatura, pode-se inferir que a mudança de sentimentos negativos para sentimentos mais positivos dos professores de nossa amostra provocou uma mudança de expectativa desses professores em relação a estes alunos podendo até interferir no desempenho destas crianças.

O fato do professor se sentir melhor ao ter que lidar com alunos com esse tipo de problema do comportamento, pode fazer com que este tenha melhores níveis de desempenho por acreditarem mais na eficiência das suas ações. Ao aprender técnicas de manejo comportamental para serem utilizadas com toda a turma, modifica a relação do professor com sua classe e a interação pode vir a ser mais positiva.

A incidência de crianças com TDAH em nossa população é bem significativa, por isso faz-se muito necessária a divulgação de material informativo sobre o problema e, principalmente fornecer estratégias sobre como lidar com essas crianças dentro de sala de aula.

Hoje, temos, aqui no Brasil, uma boa divulgação sobre o TDAH seja pela mídia ou publicações ao alcance dos leigos, porém ainda não existe publicação com estratégias específicas que os professores podem utilizar dentro de sala de aula para potencializar o desempenho acadêmico dessas crianças. A maioria das divulgações têm em seu conteúdo apenas informações sobre o transtorno. Pode-se observar no questionário sobre características do TDAH, que os professores têm conhecimento sobre algumas características do transtorno, porém estes se mostraram muito carentes de estratégias para utilizarem em situações práticas. Mesmo tendo alguma informação sobre o transtorno, os sentimentos apresentados em nossa amostra (antes do *workshop*) em relação a lidar com esses alunos foram bastante negativos, infere-se então, que o fator de mudança dos sentimentos negativos para sentimentos mais positivos deve-se ao fato do *workshop* oferecer estratégias práticas a serem utilizadas dentro da sala de aula para manejo comportamental.

Por isso, defende-se a idéia de que esse tipo de evento que une informações sobre o problema e, fundamentalmente, estratégias para lidar com eles sejam cada vez mais freqüentes em eventos voltados para os professores.

Referências Bibliográficas:

Abramowitz, A.J. e O'Leary, S.G. (1991). Behavioral Interventions for the classroom: Implications for students with ADHD. *School Psychology Review*, 20,2, 220-234.

American Academy of Pediatrics (2001). Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108, 4,1033,1044.

American Psychiatric Association (1968). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (segunda edição). Washington, DC.

American Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (Terceira edição). Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (quarta edição). Washington, DC.

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (quarta edição revisada). Washington, DC.

Arnold, L. E., Abikoff, H. B. Cantwell, D. P. e cols (2003). National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (the MTA): Design Challenges and Choices. *Arch Gen Psychiatry*,54,865-870

August, G.J. e Garfinkel, B.D.(1990). Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18,29-45.

Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. Eds: Holt, Rinehart e Winston.

Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford

Barkley, R.A. (1988). The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 27, 336-341.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J. e McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

Barkley, R. A. (1997a). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.

Barkley, R. A. (1997b). ADHD and the nature of self-control. Guilford Press: New York.

Barkley, R. A. (1997c). Defiant Children: A clinician's manual for assessment and parent training. New York: Guilford Press.

Barkley R. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment. 2Ed. Guilford: New York.

Barkley, R, Murphy, K. e Bush T. (2001). Time Perception and Reproduction in Young Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15,3,351-360.

Barkley, R.A., Fischer M. et. al. (2002). The Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 2, 279-289.

Barkley, R.A.(2002b). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed.

Braswell, L., Bloomquist, M.(1991).Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children: Child, Family and school interventions. London:The Guilford Press.

Cantwell, D. P. e Satterfield, J. H. (1978). The prevalence of academic underachievement in hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 168-171. Apud Seidman , L., Biederman, J., Monuteaux , M. C. (2001). Learning Disabilities and Executive Dysfunction in Boys With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15, No. 4, 544-556.

Clark, C. Prior, M. e Kinsella G. J. (2000). Do Executive Function Deficits Differentiate Between Adolescents with ADHD and Oppositional Defiant/Conduct Disorder? A Neuropsychological Study Using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28,5, 403-414.

Doyle, A. E., Biederman, J., Faraone S. V. e cols. (2000). Diagnostic Efficiency of Neuropsychological Test Scores for Discriminating Boys With and Without Attention Deficit—Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 3, 477-488.

DuPaul, G.J. (1991). Attention Deficit-hiperactivity Disorder: classroom Intervention Strategies. *School Psychology International*, 12, 85-94.

DuPaul, G.J. McGoey, R.J. e cols.(2001). Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40,5, 508-515.

DuPaul e Connor, 2002. Os estimulantes. Em: Barkley, R.A.(2002b). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed.

Enumo, S. R. F. e Kerbauy, R. R. (1999). Procrastinação: descrição de comportamentos de estudantes e transeuntes de uma capital brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 1,2,125-133.

Epstein, J. N., Conners C. K., Erhardt D. e cols. (2000). Familial Aggregation of ADHD Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*,28,6, 585-594.

Evans, S, Pelham, W. E., Smith, B. H, e cols.(2001). Dose—Response Effects of Methylphenidate on Ecologically Valid Measures of Academic Performance and Classroom Behavior in Adolescents With ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 9, 2, 163-175.

Faraone, S. V. e J. Biederman e cols.(1993). Intellectual Performance and School Failure in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in Their Siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 4, 616-623.

Faraone, S. V., Biederman, J., Monuteaux, M. C. e Seidman, L. J. (2001). A psychometric measure of learning disability predicts educational failure four years later in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 4, 220-230.

Fiore, T.A., Becker, A.B. e Nero, R.C. (1993). Educational Interventions for Students with Attention Deficit Disorder. *Exceptional Children*, 60, 2, 163-173.

Friedberg, R.D. e McClure, J.M, (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.

Goldstein, S e Goldstein, M. (1998). Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Papirus.

Goldstein, S. (2001). Intelligence and ADHD. www.samgoldstein.com. Acesso em 08.01.2002.

Goldstein, S. (2003). The facts about ADHD: An Overview of Attention-Deficit Hiperativity Disorder. III conferência Internacional sobre TDAH. Curitiba/Paraná 28-30 novembro de 2003.

Goodman, R.e Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity II: the aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30:691-709.

Guardiola A, Fuchs F, Rotta N (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 401-407.

Hallowell, E. M. e Ratey, J.J. (1999). Tendência à Distração: Identificação e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da Infância à Vida Adulta. Rio de Janeiro: Editora Rocco.

Hendrickson, J.M., Gable, R.A. e Leszczynski, S. A. (1999). Recomendações para ensinar alunos com problemas de comportamento em situação de sala de aula. Em: Nunes, F. P. e Cunha, A. C. B.(1999). Dos problemas Disciplinares aos Distúrbios de Conduta: Práticas e Reflexões. Rio de Janeiro: Dunya

Holland, J.G. e Skinner, B.F. (1975). A análise do comportamento. São Paulo: EPU /EDUSP.

Janes, C., Hesselbrock, V., Myers, D. e Penniman, J. (1979). Problem boys in young adulthood: Teachers' ratings and twelve-year followup. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 453-472.

Johnston, C. e Leung, D. W. (2001). Effects of Medication, Behavioral, and Combined Treatments on Parents' and Children's Attributions for the Behavior of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1, 67-76

Kellam, S.G. e Rebok, G.W. (1992). Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. Em: J. McCord e R.E. Tremblay (Eds.). *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* (pp. 162-194). New York: Guilford Press.

Knapp, P; Rohde, L.A.P.; Lyszokowski, L; Johannpeter, J. (2002). Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed.

Lambert, N. M. e Sandoval, J. (1980). The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 33-50.

Levine, M. D., Busch, B. e Aufseeser, C. (1982). The dimension of inattention among children with school problems. *Pediatrics*, 70, 387-395.

Levy, F. (2002). Project for a scientific psychiatry in the 21st century. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 595-602

Lezak, M.D. (1995). Neuropsychological assessment. 3.ed. New York: Oxford University Press.

Madan-Swain , A. e Zentall, S. S. (1990) Behavioral Comparisons of Liked and Disliked Hyperactive Children in Play Contexts and the Behavioral Accommodations by Their Classmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 2, 197-209.

Mather, N., e Goldstein, S. (2001). Behavior Modification in the Classroom. In: Learning Disabilities and Challenging Behaviors: A Guide to Intervention and Classroom Management. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Mattos, P.(2000). Avaliação Neuropsicológica. Em: Bueno, J.R. e Nardi, A. E.(2000) Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria. Rio de Janeiro: MEDSI.

Mattos, P.(2001a). No mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial.

Mattos, P., Duchesne, M.(2001b). Tratamento do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade. Em: Rangé, B.(Org) (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: ArtMed Editora.

McGee, R., Partridge, F., William, S. e Silva, P. (1991). A twelve year follow up of preschool hyperactive children. *Journal of the american Academy of Child Adolescent Psychology*, 30, 224-232.

McKinney, J.D., Montague, M. e Hocutt, A. M. (1993). Educational Assessment of Students with Attention Deficit Disorder. *Exceptional Children*, 60,2,125-131.

Meichenbaum, D. (1997). Cognitive-behavior modification: an integrative approach. Nova York: Plenum Press.

Molina, B., Pelham, W. (2003). Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children With ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 497–507.

MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.

Nezu, A.M. e Nezu, C.M. (1999). Treinamento em solução de problemas. Em: Caballo, V.E. (1999). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos Editora.

Nigg, J. T. (2001).Is ADHD a Disinhibitory Disorder?. *Psychological Bulletin*, 127, 5, 571-598.

NIH Consensus Statement (1998). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). NIH Consensus Statement Nov 16–18; 16(2): 1–37.

National Institute of Mental Health. (2000). NIMH Research on Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Multimodal Treatment Study—Questions and Answers. www.nimh.nih.gov/events/mtaqa.cfm.

Phelan, T. (1996). All About Attention Deficit Disorder. Illinois: Child Management Inc.

Rangé, B.(Org). (1998). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy.

Rangé, B.(Org). (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: ArtMed Editora.

Reinecke, M.A.; Datilio, F.M.; Freeman, A.(1996). Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica. Porto Alegre: Artmed.

Rhee, S.; Waldman, I.; Hay, D.; Levy, F. (1999). Sex Differences in Genetic and Environmental Influences on *DSM-III-R* Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 24–41.

Rief, S.(1993). How to reach and teach ADD/ADHD children. San Francisco:Jossey-Bass

Rief, S.(2003). The ADHD book of lists: A practical guide for helping children and teens with Attention Deficit disorders. San Francisco:Jossey-Bass

Rohde, L.A.P.; Benczik, E. (1999). Transtorno de déficit de atenção/Hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artmed

Rohde L., Biederman J., Busnello E., e cols (1999). ADHD in a school sample of brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722

Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W. e Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of ADHD: Performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.

Seidman , L., Biederman, J., Monuteaux , M. C. (2001). Learning Disabilities and Executive Dysfunction in Boys With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15, No. 4, 544-556.

Sherman, D.K., McGue, M.K., e Iacono, W.G. (1997). Twin concordance for attention deficit disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154, 532-535.

Smith, B. H. ,Pelham, W. E. ,Evans, S. e cols.(1998). Dosage Effects of Methylphenidate on the Social Behavior of Adolescents Diagnosed With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 2, 187-204.

Strecker, E. A., e Ebaugh, F.G. (1924) Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children. *Archives of Neurology Psychiatry*, 12, 443-453.

Topczwski, A. (1999). Hiperatividade: como lidar? Casa do Psicólogo.

Zentall, S.S. (1985). Stimulus-control factors in search performance in hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*, 18,480-485.

ANEXO I



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Caro Coordenador da Educação Infantil,

Eu, Luciana Rizo, venho através desta convidar os professores, de 1^a à 4^a séries, de sua escola a participar de um workshop gratuito oferecido por mim como parte da minha pesquisa de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRJ sobre como lidar em sala de aula com crianças hiperativas, impulsivas e desatentas.

Este trabalho tem como objetivos fornecer estratégias para professores utilizarem dentro da sala de aula com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas e medir a diferença que esse tipo de *workshop* produz no nível de informação sobre esse problema de comportamento e no sentimento desses professores ao lidar com essas crianças.

Esse workshop será realizado em um sábado (a fim de não atrapalhar as atividades escolares).

As vagas são limitadas, portanto, será necessária a inscrição do professor por telefone para que este tenha a garantia de participação.

Desde já grata por sua atenção,

Luciana Rizo
Psicóloga CRP 05/29122

Workshop:

Crianças hiperativas, impulsivas e desatentas: como lidar em sala de aula?

Local: IPUB/UFRJ – Av. Pasteur, 250 fundos.

Data: 09/04/2005 (Sábado)

Horário: das 09:30 às 12:30h (com intervalo para lanche)

Telefone para inscrição: 2225-7230 (de segunda à sexta-feira de 10 às 14h)

É indispensável a inscrição por telefone para participação no workshop

ANEXO II

Questionário 1

Por favor, assinale as afirmativas abaixo marcando **V** para aquelas que você acredita serem verdadeiras e **F** para as falsas:

1.	Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) sempre têm um desempenho escolar ruim.	V	F
2.	Algumas crianças portadoras de TDAH apresentam apenas a desatenção como sintoma sem hiperatividade.	V	F
3.	O TDAH é consequência de falta de limites em casa.	V	F
4.	As crianças com TDAH precisam estudar em escolas especiais.	V	F
5.	Em cada grupo de 30 crianças, 1 é portadora de TDAH.	V	F
6.	A medicação é fundamental para melhorar o funcionamento do portador de TDAH.	V	F
7.	O TDAH é um transtorno infanto-juvenil que não causa prejuízos na vida adulta.	V	F
8.	Uma possível causa para o TDAH é a influência genética.	V	F
9.	É importante que a criança com TDAH sente longe de janelas ou portas para evitar que ela se distraia.	V	F
10.	Quanto menor a quantidade de regras dentro de sala, melhores serão os resultados do aluno com TDAH.	V	F
11.	A criança portadora de TDAH apresenta dificuldade de processar o conteúdo acadêmico por isso se desinteressa pelas tarefas acadêmicas propostas.	V	F
12.	Oferecer intervalos entre as tarefas é uma boa estratégia para o manejo da hiperatividade e desatenção.	V	F
13.	O modo mais eficaz de manter a disciplina dos alunos portadores de TDAH é punindo, imediatamente, todos os seus comportamentos indesejáveis.	V	F
14.	As paredes da sala de aula devem estar sempre vazias, livres de quaisquer cartazes.	V	F

Como você se sente ao lidar com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas dentro de sala de aula?

Questionário 2

Por favor, assinale as afirmativas abaixo marcando **V** para aquelas que você acredita serem verdadeiras e **F** para as falsas:

1.	Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) sempre têm um desempenho escolar ruim.	V	F
2.	Algumas crianças portadoras de TDAH apresentam apenas a desatenção como sintoma sem hiperatividade.	V	F
3.	O TDAH é consequência de falta de limites em casa.	V	F
4.	As crianças com TDAH precisam estudar em escolas especiais.	V	F
5.	Em cada grupo de 30 crianças, 1 é portadora de TDAH.	V	F
6.	A medicação é fundamental para melhorar o funcionamento do portador de TDAH.	V	F
7.	O TDAH é um transtorno infanto-juvenil que não causa prejuízos na vida adulta.	V	F
8.	Uma possível causa para o TDAH é a influência genética.	V	F
9.	É importante que a criança com TDAH sente longe de janelas ou portas para evitar que ela se distraia.	V	F
10.	Quanto menor a quantidade de regras dentro de sala, melhores serão os resultados do aluno com TDAH.	V	F
11.	A criança portadora de TDAH apresenta dificuldade de processar o conteúdo acadêmico por isso se desinteressa pelas tarefas acadêmicas propostas.	V	F
12.	Oferecer intervalos entre as tarefas é uma boa estratégia para o manejo da hiperatividade e desatenção.	V	F
13.	O modo mais eficaz de manter a disciplina dos alunos portadores de TDAH é punindo, imediatamente, todos os seus comportamentos indesejáveis.	V	F
14.	As paredes da sala de aula devem estar sempre vazias, livres de quaisquer cartazes.	V	F

Depois de participar desse *workshop*, como você se sente ao lidar com crianças desatentas, hiperativas, impulsivas dentro de sala de aula?

ANEXO II-B

Consentimento Informado

A psicóloga Luciana Rizo, aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, está conduzindo uma pesquisa sobre a importância de informações acerca do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) necessária para professores de crianças do ensino fundamental e quais são as principais estratégias para lidar com essas crianças dentro de sala de aula.

Você foi convidado(a) a participar deste estudo que contribuirá para o desenvolvimento de um programa estratégias de sala de aula para professores de crianças desatentas, hiperativas/impulsivas.

Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado(a) a responder um questionário antes e outro após a participação de um *workshop*.

A psicóloga Luciana Rizo explicou este estudo para você e respondeu às suas perguntas.

A participação neste estudo é voluntária.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 200__.

Nome – Voluntário(a)

Nome – Testemunha

Assinatura – Voluntário(a)

Assinatura - Testemunha