

# Sugestões Práticas

## Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): Orientações para a Família

*Rosimeire C. S. Desidério  
Maria Cristina de O. S. Miyazaki*

Diversos termos têm sido utilizados, ao longo dos anos, para denominar crianças que apresentam um padrão comportamental caracterizado por hiperatividade e/ou desatenção/impulsividade, acima do esperado para a faixa etária ou estágio de desenvolvimento. Atualmente, a denominação Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) é utilizada consistentemente, por se tratar do termo adotado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DSM-IV.<sup>TR</sup> (APA, 2002).

Considerado um problema neuropsiquiátrico, o TDAH tem como principais manifestações a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. De origem biológica marcada pela hereditariedade, manifesta-se antes dos sete anos de idade, podendo persistir até a idade adulta (Domingos & Risso, 2000; Connor, 2002; Grillo & da Silva, 2004; Rappley, 2005; Silva, 2003; Farone & Bilderman, 1998; Gaião, 2001; Golfeto & Barbosa, 2003; Levy, Barr & Sunohara, 1998).

Embora pacientes com diagnóstico de TDAH tenham características comuns, existe grande variabilidade na forma e no comportamento individual de crianças em vários contextos. Muitas destas crianças, entretanto, são alvo de críticas freqüentes e excessivas. Acabam tornando-se a “ovelha negra” da família quando comparadas com irmãos, primos, e outras crianças da mesma faixa etária (Silva, 2003).

Críticas excessivas e falta de paciência, perfeitamente compreensíveis sob a perspectiva dos pais ou cuidadores, muitas vezes fazem com que a criança retraia-se, apresente auto-estima diminuída ou manifeste comportamento agressivo e impulsivo (Silva, 2003). O tratamento medicamentoso tem sido

freqüentemente indicado após o diagnóstico de TDAH. A medicação mais utilizada é o metilfenidrato (ritalina), com diversos trabalhos relatando uma melhora significativa do problema em 70 a 80% dos casos (Domingos & Risso, 2000; Grillo & da Silva, 2004; Silva, 2003; Rohde e cols., 2000).

Além do tratamento medicamentoso, uma abordagem múltipla, que inclui intervenções psicossociais e farmacológica, tem sido relatada na literatura (Domingos & Risso, 2000; Grillo & da Silva, 2004; Silva, 2003; Rohde e cols., 2000; Andrade & Scheuer, 2004). A justificativa para esta abordagem é o fato da criança com TDAH requerer atenção especial em diversos contextos, como em casa, na escola e no convívio social. Dado o caráter aversivo que a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade têm sobre os pais, professores e amigos, a colaboração destes pode ser difícil de ser obtida, tornando ainda mais importante uma intervenção global para o problema (Silva, 2003).

Assim, uma das tarefas dos profissionais responsáveis pela avaliação e tratamento destes pacientes é ressaltar as dificuldades enfrentadas pela própria criança, enfatizando a importância e o impacto positivo que o apoio familiar e social pode ter sobre o manejo do problema. Estimulada e apoiada, a criança participa ativamente do tratamento, evidenciando freqüentemente criatividade e entusiasmo no manejo das dificuldades associadas ao TDAH (Silva, 2003).

### **Características do TDAH**

A característica básica do TDAH é a presença de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, com freqüência e intensidade superiores às tipicamente

observadas em crianças do mesmo sexo e nível de desenvolvimento, que comprometem o funcionamento em pelo menos dois contextos (na escola e em casa) (APA, 2002; Mattos, 2001).

As principais dificuldades apresentadas por estas crianças incluem manter a atenção concentrada, esforçar-se de forma persistente e manter-se vigilante. Embora possam estar presentes em ambientes pouco restritivos (parquinhos, clubes), estas dificuldades ficam mais evidentes em situações que requerem atenção por longos períodos de tempo e durante a realização de tarefas repetitivas, como ocorre na escola (Harpin, 2005).

Durante a pré-escola, a criança com TDAH pode não se diferenciar dos colegas, uma vez que baixo nível de atenção concentrada, agitação motora e impulsividade são comuns nesta faixa etária. No início do ensino fundamental, entretanto, a criança com TDAH começa a ser vista como diferente das demais e os problemas começam a aparecer com maior intensidade. Além disso, problemas durante passeios ao shoppings, supermercados ou em visitas a familiares, começam também a ficar evidentes (Harpin, 2005). Um diagnóstico adequado do problema é imprescindível para que um melhor tratamento possa ser indicado.

### **Critérios para Diagnóstico**

O diagnóstico do TDAH requer a identificação de comportamentos específicos, presentes em mais de um contexto, como na escola, em casa ou em ambientes sociais. Além disso, estes comportamentos devem acarretar um comprometimento clinicamente importante do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (APA, 2002).

Cerca de 80% dos indivíduos com diagnóstico de TDAH apresentam sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade e impulsividade (Rappley, 2005). Entretanto, para alguns há um predomínio de um sintoma em relação ao outro, e o subtipo apropriado deve ser indicado quando o diagnóstico é realizado, com base no padrão sintomático predominante nos últimos seis meses. No Tipo Combinado estão presentes tanto critérios de desatenção quanto de hiperatividade e impulsividade. No Tipo Predominantemente Desatento, estão presentes principalmente

critérios de desatenção e no Tipo Predominantemente Hiperativo principalmente critérios de hiperatividade (APA, 2002; Rappley, 2005).

O Quadro I é uma síntese dos critérios utilizados para o diagnóstico do TDAH. Baseia-se nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), amplamente utilizados em todo o mundo para a identificação de comportamentos específicos que devem estar presentes para o diagnóstico do transtorno (Rappley, 2005).

Ao realizar um diagnóstico de TDAH é importante diferenciar os sintomas do transtorno “de comportamentos próprios da idade em crianças ativas, tais como, correrias e barulho excessivo” (APA, 2002, p.117).

Embora um diagnóstico de TDAH possa ser feito como diagnóstico adicional para crianças com retardo mental, isto é possível apenas quando os sintomas são excessivos para a idade mental da criança. Além disso, é preciso diferenciar o TDAH de comportamentos apresentados por crianças provenientes de ambientes altamente desorganizados, das que apresentam comportamento opositivo, daquelas com transtorno de movimento estereotipado e com outros transtornos mentais, como transtornos do humor e de ansiedade.

### **Prevalência**

Estudos sobre prevalência do TDAH têm sido realizados em diversos países. Embora haja certas divergências entre os resultados encontrados em alguns estudos, estas parecem refletir diferenças metodológicas, como os critérios utilizados para diagnóstico. Estudos nacionais e internacionais que utilizam os critérios do DSM-IV relatam prevalência de 3 a 7% em crianças em idade escolar, com maior frequência para o sexo masculino. A proporção entre os sexos varia de 2:1 em estudos populacionais, chegando a 9:1 em estudos clínicos (APA, 2002; Rhode & Halpern, 2004; Rhode e cols., 1999; Rhode e cols., 2001; Faraone e cols., 2003; Golfeto & Barbosa, 2003; Gaião, 2001).

### **Evolução e Impacto do TDAH**

Como o TDAH é um problema crônico, pode ter um impacto significativo ao longo da vida, atin-

Quadro 1. Critérios para o diagnóstico do TDAH, adaptados do DSM-IV-RT (APA, 2002; Rappley 2005)

<p>Déficit de atenção: presença de seis ou mais sintomas, inadequados para o nível de desenvolvimento, por período superior a seis meses, causando prejuízo clinicamente significativo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comete erros grosseiros por falta de atenção;</li><li>• tem dificuldade em manter-se concentrado;</li><li>• parece não ouvir;</li><li>• freqüentemente não segue instruções ou conclui atividades iniciadas, sem que isto se deva a falta ou déficit de compreensão;</li><li>• tem dificuldade para organizar-se ao realizar tarefas escolares ou atividades domésticas;</li><li>• evita com freqüência engajar-se em atividades que requerem atenção concentrada;</li><li>• perde freqüentemente objetos ou materiais necessários para a realização de atividades;</li><li>• distrai-se com facilidade;</li></ul> <p>é “esquecido”. Hiperatividade: presença de seis ou mais sintomas, inadequados para o nível de desenvolvimento, por período superior a seis meses, causando prejuízo clinicamente significativo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Freqüentemente irrequieto, agitado, mexe mãos e pés;</li><li>• levanta da carteira ou sai da sala de aula com freqüência, tem dificuldade em permanecer sentado por períodos mais longos de tempo;</li><li>• realiza atividades motoras inadequadas, “perigosas”, subindo nos lugares, correndo;</li><li>• “barulhento”, tem dificuldade em realizar atividades em silêncio;</li><li>• parece constantemente “ligado”, “a mil por hora”;</li><li>• freqüentemente fala demais. Impulsividade:</li><li>• Tem dificuldade para aguardar sua vez em atividades realizadas em grupo;</li><li>• dá respostas antes que as perguntas tenham sido completamente formuladas;</li><li>• “intromete-se” nas atividades dos outros.</li></ul> <p>✓ Os sintomas que constituem causa de desajuste para a criança: a) iniciaram-se antes dos sete anos de idade; b) estão presentes em mais de um contexto (em casa, na escola, em ambientes sociais); c) não ocorrem exclusivamente na presença de um transtorno global do desenvolvimento (ex. autismo, esquizofrenia); d) não constituem critérios para diagnóstico de outro transtorno mental (ex. transtorno do humor ou da ansiedade).</p>
---

gindo o desempenho acadêmico e as relações sociais e familiares.

Diversos estudos têm sido realizados sobre a evolução do transtorno ao longo da vida. Durante algum tempo, acreditou-se que os sintomas desapareciam com a idade. Entretanto, existem evidências indicando que 30 a 60% dos indivíduos continuam a apresentar sintomas significativos na vida adulta (Harpin,

2005; Fowler, 1992; Weis & Hechtman, 1993; McGough & Barkley, 2004). Assim, é importante considerar não apenas o impacto do transtorno na vida acadêmica, mas sobre o funcionamento e bem-estar ao longo da vida para a criança, adolescente ou adulto com TDAH e sua família.

Algumas crianças parecem apresentar um temperamento “difícil” desde o início. Sua identificação como

“diferente” dos colegas da mesma faixa etária ocorre habitualmente a partir dos três ou quatro anos de idade, embora vários anos possam se passar até que esta seja levada para uma avaliação profissional (Barkley, 1998).

Estudos indicam alto nível de estresse para os pais no acompanhamento de crianças na faixa dos três aos seis anos de idade. Parece diminuir posteriormente, mas é sempre maior quando comparado ao de pais de crianças controle. Além disso, o estresse daqueles pais é ainda maior quando existe presença de comorbidade com transtorno desafiador de oposição (Barkley, 1998).

O TDAH pode dificultar os relacionamentos afetivos e sociais, e a impulsividade gerar rejeições entre colegas de escola e professores. Para Harpin (2005), características negativas podem estar associadas aos diferentes estágios de desenvolvimento. São acumuladas, podendo levar a sérios comprometimentos futuros: baixa auto-estima até os sete anos, problemas de comportamento, atraso na aquisição do repertório acadêmico e déficit em habilidades sociais até os 11 anos. Dos 13 anos até a idade adulta, comportamento desafiador e opositivo, comportamento criminoso, expulsão da escola, abuso de substâncias, baixa motivação e dificuldades de aprendizagem.

É importante ressaltar que estas crianças são freqüentes punidas, fato que acarreta agressividade e frustração, comprometendo ainda mais seu comportamento. Os pais e/ou cuidadores, por sua vez, sentem-se desgastados pela necessidade de monitorar freqüentemente a criança ou adolescente com TDAH; fator que pode acarretar discussões familiares, acusações, agressões e ressentimentos (Mattos, 2001).

Estudos realizados com pais destas crianças indicam que estes sentem maior insatisfação com seus papéis parentais. As mães têm vulnerabilidade aumentada para depressão e há maior consumo familiar de álcool em função do estresse (Faraone e cols., 1995; Podolski & Nigg, 2001).

## **Tratamento**

O tratamento do TDAH requer uma abordagem global e interdisciplinar, que inclui intervenções farmacológicas e psicossociais. Diretrizes para o ma-

nejo do problema, amplamente citadas na literatura, foram estabelecidas pela Academia Americana de Pediatria (2001). O Quadro 2 contém uma adaptação destas diretrizes.

## **Tratamento Medicamentoso**

A maioria dos especialistas considera a medicação estimulante a forma mais efetiva de tratamento para o TDAH (Johnson & Safranek, 2005; Mattos, 2001; Correia Filho & Pastura, 2003; Silva 2003), embora não haja consenso absoluto em relação a esta afirmação (Northey e cols., 2003).

Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes, considerados seguros e capazes de proporcionar benefícios significativos em curto espaço de tempo. No Brasil, a medicação disponível e de maior eficácia é o metilfenidrato, um estimulante conhecido pelo nome comercial Ritalina®. Prescrita e acompanhada pelo médico, dificilmente causará dependência, não se acumula no organismo e seu efeito dura em média 4 a 5 horas, e o tratamento deverá persistir enquanto os sintomas forem evidentes.

Este medicamento diminui ou elimina os principais sintomas de TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) em cerca de 70% dos casos. Quando o metilfenidrato não produz resultados positivos, a segunda opção inclui os antidepressivos, como imipramina (Tofranil®), nortriptilina (Pamelor®), venlafaxina (Efexor®), bupropiona (Wellbutrim®), fluoxetina (Prozac®), sertalina (Zoloft®) e Paroxetina (Aropax®). Estes últimos, entretanto, não são indicados rotineiramente por falta de evidências apoiando a sua utilização (Mattos, 2001; Silva, 2003; Klein & Abikoff, 1997).

A indicação de terapia farmacológica para o TDAH pode encontrar resistência por parte dos pais. Uma discussão clara em relação aos benefícios da medicação e a proposta de uma experiência, por um período curto de tempo, como um ou dois meses, com interrupção caso os efeitos não forem satisfatórios, pode auxiliar a reduzir a relutância dos pais.

## **Tratamento Psicossocial**

Os tratamentos comprovadamente eficazes para o manejo do TDAH, além da farmacoterapia, incluem

Quadro 2. Diretrizes para o tratamento do TDAH estabelecidas pela Academia Americana de Pediatria (2001)

<p>Recomendações e conteúdo</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estabelecer programa para manejo do TDAH, reconhecendo-o como um problema crônico de saúde:<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornecer informações adequadas sobre o TDAH;</li><li>• avaliar e monitorar periodicamente o nível de conhecimentos da família sobre o transtorno;</li><li>• orientar a família em relação ao problema, atualizando constantemente as orientações, de acordo com o nível de desenvolvimento do paciente;</li><li>• estar disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas;</li><li>• auxiliar a família a estabelecer objetivos adequados, isto é, passíveis de serem alcançados, para o comportamento do paciente na vida diária;</li><li>• proporcionar contato com outras famílias que também possuem membros portadores de TDAH;</li></ul></li><li>2. Estabelecer os objetivos terapêuticos em colaboração com escola, pais e criança, especificando alvos específicos para orientar intervenção:<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhorar a qualidade do relacionamento do paciente com familiares, colegas e professores;</li><li>• aprimorar o desempenho acadêmico do paciente, sua independência (auto-cuidados e tarefas escolares) e auto-estima;</li><li>• aumentar segurança da criança na comunidade (ex. atravessar ruas).</li></ul></li><li>3. Recomendar medicação estimulante e/ou terapia comportamental:<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicação: Identificar a melhor medicação para cada criança;</li><li>• terapia comportamental: as estratégias mais efetivas descritas na literatura incluem reforço positivo, <i>time-out</i>, custo de resposta e economia de fichas.</li></ul></li><li>4. Reavaliar o tratamento quando os alvos não foram atingidos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de resposta positiva ao tratamento pode ser decorrente de alvos irrealistas, déficit nas informações obtidas, presença de comorbidade, falta de adesão ao tratamento; tratamento ineficiente.</li></ul></li><li>5. Realizar monitoração e acompanhamento constantes, incluindo dados obtidos dos pais, professores e da própria criança.</li></ol>
--

treino de pais em manejo de contingências, aplicação do manejo de contingências em sala de aula e uma combinação destas estratégias. É importante ressaltar que nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas sim uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema (ex. depressão, baixa auto-estima, baixo rendimento escolar) (Barkley, 1998).

Quando existe comorbidade associada ao quadro de TDAH, como transtorno de conduta ou depressão, um encaminhamento para psicoterapia individual com orientação familiar deve ser realizado. Este tipo de acom-

panhamento deve ser considerado, mesmo na ausência de comorbidade, quando sofrimento clinicamente significativo é identificado na criança ou adolescente e família. Para alguns autores, a combinação entre tratamento farmacológico e psicossocial é a única forma terapêutica que produz a normalização no funcionamento de crianças com TDAH (Klein & Abikoff, 1997).

Há necessidade de psicoterapia quando existe comorbidade e/ou problemas secundários considerados graves e de difícil solução na escola, em casa ou socialmente. Embora nem toda criança necessite psicoterapia, todo caso de TDAH requer orientação.

A orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de TDAH e ensinar técnicas para manejo dos sintomas e prevenção de futuros problemas.

A orientação escolar visa facilitar o convívio de crianças com TDAH com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos, fato comum em adolescentes portadores de TDAH. O desafio, entretanto, para que esta intervenção ocorra, é conseguir a participação da escola no tratamento.

No Brasil dados da literatura sobre terapia familiar sistêmica como recurso facilitador do manejo do TDAH são escassos. Assim, estes dados tanto nacionais quanto internacionais que abordam o transtorno sob a perspectiva familiar serão revistos a seguir.

### **Orientações / Aconselhamento Familiar**

O atendimento de crianças e de adolescentes implica, quase que invariavelmente, em um contato com a família ou cuidadores. Mesmo quando membros da família não estão fisicamente presentes, sua influência sobre a criança ou adolescente é inegável. A saúde da criança está relacionada às características físicas, sociais e emocionais dos pais, bem como às práticas parentais empregadas na educação, manejo de problemas, enfrentamento do estresse e cuidados com os filhos (American Academy of Pediatrics, 2003).

Existe atualmente ênfase para que a família seja integrada nos cuidados de saúde fornecidos a qualquer um de seus membros. Quando o atendimento tem como alvo crianças ou adolescentes, profissionais da saúde têm procurado estabelecer uma parceria ativa e produtiva com a família (Silvares, 2000a; Silvares, 2000b; American Academy of Pediatrics, 2003). A qualidade da interação entre equipe de saúde e família parece ter um importante impacto positivo sobre os resultados do tratamento (Miyazaki e cols., 2005).

Para problemas emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes, a forma como os pais são integrados ao tratamento dos filhos tem evoluído nas últimas décadas. Treinamento de pais, preocupação com a generalização dos ganhos obtidos e eficácia do tratamento são aspectos enfocados neste processo evolutivo (Marinho, 2000).

Dentro da perspectiva de que o comportamento deve ser compreendido em relação ao contexto onde ocorre, e que seus determinantes e mantenedores dependem da relação estabelecida com o meio, o comportamento dos pais em relação ao problema da criança ou adolescente é fundamental. Quando o comprometimento psicossocial é grave, além de orientação para os pais ou cuidadores, uma intervenção direta com a criança ou adolescente pode ser indispensável. Entretanto, a orientação dos pais é um componente freqüentemente incluído no atendimento de portadores do TDAH. As intervenções baseadas na família são consideradas eficientes para auxiliar inclusive no manejo de problemas associados ao TDAH, como depressão e ansiedade (Domingos & Riso, 2000; Northey e cols., 2003).

O envolvimento da família pode ainda ser ressaltado sob a perspectiva que o ser humano nasce, cresce e morre dentro de uma família. Assim, a família é provavelmente o melhor contexto para compreender e auxiliar as dificuldades vivenciadas por qualquer um de seus membros. As exigências de uma criança com TDAH podem causar problemas na família, como separação de casais discussão com avós e outro familiares a respeito da educação da criança (Jones, 2004).

Sob a perspectiva sistêmica, crises e problemas só serão entendidos e resolvidos se compreendidos como parte integrada de uma rede complexa, que liga e relaciona as pessoas num todo que envolve aspectos biopsicossociais e familiares. Desta percepção de um todo decorre a noção de co-responsabilidade (Barreto, 2005; Bertalanffy, 1975; Vasconcelos, 2002).

Sob a perspectiva da teoria da comunicação, esta é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. Todo comportamento verbal ou não, individual ou grupal, tem valor de comunicação num processo de entendimento das múltiplas possibilidades de significados e sentidos, que podem estar ligados ao comportamento humano. Assim, a comunicação com o portador de TDAH deve ser clara, franca e direta (Watzlawick, Helmick & Jackson, 1967).

A orientação aos pais ou cuidadores de crianças ou adolescentes com TDAH é um processo educativo. De acordo com Freire (1983), ensinar é um exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, envolve falar e escutar, aprender e ensinar. Isso signi-

fica compreender e respeitar o tempo individual de cada pessoa durante a orientação.

A orientação e/ou aconselhamento de pais ou cuidadores visam facilitar o convívio familiar. Não apenas porque auxiliam na compreensão do comportamento do portador do TDAH, mas também porque incluem o ensino de técnicas para auxiliar no manejo dos sintomas e prevenção de problemas (Mattos, 2001).

Além da importância da comunicação, da estrutura familiar e do respeito ao tempo de cada criança neste processo ensino / aprendizagem, o Quadro 3 descreve orientações e/ou aconselhamentos importantes.

O ensino de habilidades deve priorizar como meta, um comportamento específico por vez. Assim que uma meta tiver sido atingida, outra será priorizada, e assim por diante (Mattos, 2001; Zagury, 2004; Jones, 2004).

Ao estabelecer um comportamento como meta, é importante organizar tudo de modo a assegurar que a criança tenha uma boa chance de conseguir realizar o que está sendo exigido dela. Ao obter êxito em uma tarefa, a criança sente-se reforçada e competente para continuar tentando. Os progressos devem ser apontados e reforçados, estimulando assim a criança a conti-

**Quadro 3. Orientações e/ou aconselhamentos indispensáveis para cuidadores de crianças ou adolescentes com TDAH.**

<p>Orientações / Aconselhamentos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Justificativa</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informar-se a respeito do TDAH, ler sobre o assunto, procurar famílias com o mesmo problema a fim de trocar experiências;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Auxilia a conhecer o TDAH e manejo adequado do problema.</li></ul></li><li>2. Evitar castigar excessivamente;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Castigos e repreensões freqüentes têm um impacto negativo sobre a auto-estima.</li></ul></li><li>3. Procurar manter uma postura coerente sobre o problema entre todos os membros da família;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Postura variada entre os membros da família pode deixar a criança confusa.</li></ul></li><li>4. Procurar a escola e a professora e observar se conhecem o problema. Fornecer informações caso seja necessário;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilita o convívio da criança com a escola e/ou colegas; evita o desinteresse da criança pela escola.</li></ul></li><li>5. Estabelecer normas claras e ser coerente em relação às normas estabelecidas;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Evita que a criança fique sem saber como agir, ou ainda sem saber exatamente o que está sendo exigido dela.</li></ul></li><li>6. Evitar um estilo de educação muito permissivo. Impor limites e cumpri-los, dosando a liberdade para evitar exigências excessivas;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Prepara a criança para enfrentar os limites que encontrará ao longo da vida, sem que sua liberdade seja tirada.</li></ul></li><li>7. Evitar discussões ou gritos na frente da criança;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Os pais são modelos para os filhos, que tendem a imitá-los.</li></ul></li><li>8. Manter um diálogo franco, perguntando o que pode ser feito para ajudar e que dificuldades a criança vê no dia-a-dia;:<ul style="list-style-type: none"><li>• A criança pode fornecer importantes dicas para o manejo adequado do problema e apontar dificuldades não percebidas pelos pais.</li></ul></li><li>9. Explicar claramente como a criança deve se comportar, esclarecendo as exigências de diferentes contextos;:<ul style="list-style-type: none"><li>• Embora pareça evidente, nem sempre está claro para a criança porque determinado comportamento é esperado dela.</li></ul></li></ol>
---

nuar mudando (Mattos, 2001; Jones, 2004). É importante que os pais respeitem seus próprios limites, afastando-se da criança quando cansados ou irritados e pensando antes de agir impulsivamente (Jones, 2004).

A criança precisa ser ensinada a parar, analisar a situação, verificar as possíveis soluções e conseqüências destas soluções. É necessário considerar ainda que o reforço positivo é sempre melhor que a punição (Mattos, 2001; Jones, 2004).

Barkley (1998) desenvolveu um programa de treinamento de pais de crianças com TDAH, baseado na hipótese de que estas crianças podem apresentar déficit em comportamentos governados por regras.

Assim, os pais necessitam fornecer instruções e “regras mais explícitas, sistemáticas, externalizadas e firmes”, além de conseqüências para a adesão às regras com uma freqüência maior do que a necessária para outras crianças.

Além de orientar sobre a necessidade de maior firmeza e clareza em relação às regras, estes pais precisam ainda aprender técnicas para o manejo dos comportamentos opositivos, freqüentemente apresentados por crianças com TDAH. O programa proposto por Barkley (1998) é desenvolvido em dez sessões de duas horas para pais individuais, famílias ou grupos (Quadro 4).

Quadro 4. Síntese do Programa para Treino de pais em relação ao manejo do comportamento da criança ou adolescente com TDAH (Barkley, 1998)

Passos do programa

1. Fornecer Informações sobre o TDAH: características, evolução, prognóstico e etiologia do TDAH, associadas a material de leitura e vídeos. Auxilia a modificar crenças incorretas sobre o problema.
2. Discutir causas do comportamento opositivo: fatores que contribuem para a presença de comportamentos opositivos em crianças com TDAH, incluindo: a) Características da criança: saúde, idade, temperamento e dificuldades; b) Características dos pais: saúde, idade, temperamento e dificuldades; c) Conseqüências do comportamento opositivo e coercitivo; d) estressores familiares.
3. Desenvolver um repertório reforçador e de atenção nos pais: orientar em relação ao papel do reforço sobre o comportamento da criança; treinar os pais para reforçar comportamentos adequados e ignorar os inadequados; enfatizar a necessidade de aumentar substancialmente a freqüência de reforços e de atenção aos comportamentos socialmente adequados e de adesão da criança.
4. Orientar os pais a prestarem atenção nas brincadeiras e comportamentos adequados, fornecer comandos diretos e aumentar a freqüência de reforço para comportamentos adequados; treinar na utilização de comandos diretos: Ex: substituir questões como “Por que você não guarda seus brinquedos?” por comandos diretos como “Guarde seus brinquedos na caixa”; Treinar para o fornecimento de atenção positiva freqüente e sistemática quando a criança engajar-se em atividades adequadas enquanto os pais realizam outras atividades.
5. Estabelecer um sistema de fichas: Crianças com TDAH requerem conseqüências mais freqüentes e imediatas para manter comportamentos adequados, que podem ser fornecidas por meio de um sistema de fichas.
6. Treinar na utilização de *time-out* para desobediência: treinar na utilização de custo de resposta (*time-out* do reforço) frente a comportamentos de desobediência, a ser utilizado logo após o início de dois tipos de comportamentos inadequados por parte da criança, escolhidos anteriormente em acordo entre pais e criança.
7. Treinar os pais para utilizar *time-out* ampliado para comportamentos adicionais de desobediência.
8. Treinar os pais para manejar problemas de comportamentos exibidos em locais públicos.
9. Auxiliar os pais a melhorar o comportamento do filho na escola: relatório escolar diário.
10. Ensinar os pais a manejar problemas comportamentais futuros.

## Ajudar com as Tarefas e Estudo em Casa

A criança deve ser estimulada a realizar as tarefas escolares e a estudar em casa. A família pode desempenhar importante papel neste sentido, esclarecendo sobre as conseqüências de estudar ou não, despertando o interesse e tornando o estudo compatível com as metas da própria criança. Além disso, é importante não cobrar resultados, mas sim desempenho. O Quadro 5 fornece diretrizes para a família auxiliar a criança com as tarefas e com o estudo em casa (Matos, 2001).

Os principais obstáculos para implementar estratégias comportamentais em sala de aula são o tempo do professor e a sua atitude em relação às estratégias. Primeiramente o professor deverá conhecer o transtorno e diferenciá-lo de má-educação ou preguiça. Além disso, este deverá ter disponibilidade para equilibrar as necessidades das outras crianças com a atenção requisitada por uma criança TDAH.

É importante que o professor perceba a criança com TDAH como uma pessoa que tem potencial que

### Quadro 5. Orientações para auxiliar a criança ou adolescente com as tarefas de casa

#### Orientações para Auxiliar as Tarefas Diárias

1. Ouvir e respeitar a opinião da criança em relação a local e horário preferidos para a realização das tarefas escolares e para o estudo; se o local inicialmente escolhido for inadequado, incentivar gradualmente mudanças na direção desejada.
2. Alternar estudo e tarefas escolares com outras atividades, como assistir televisão e brincar.
3. Respeitar limites de tempo de concentração da criança, não exigindo além do que esta pode realizar.
4. Auxiliar no planejamento de tarefas que exigem maior tempo de concentração (ex. dividir livro em capítulos, lendo um ou dois de cada vez).
5. Planejar a realização de tarefas escolares de forma a não coincidir com atividades prazerosas para a criança (ex. fazer tarefa em horário diferente do horário do programa de televisão favorito).
6. Treinar sempre, repetidamente dia após dia, a criança com TDAH, deve aprender a reavaliar e mudar seu plano inicial, é uma das tarefas mais importantes que os pais podem fazer para ajudar.
7. Reforçar a criança a cada passo do planejamento executado com sucesso; aumentar gradualmente o nível de desempenho exigido para a liberação do reforço.

## Situação Educacional

Existe atualmente um corpo substancial de pesquisas sobre o manejo de problemas de comportamento em sala de aula e muitos destes estudos abordam especificamente a criança com TDAH. Os dados indicam claramente a eficiência das técnicas comportamentais sobre o desempenho acadêmico da criança com TDAH. As estratégias utilizadas com melhores resultados incluem controle de estímulo, “quebra” das tarefas em pequenas partes de forma a torná-las compatíveis com os períodos que a criança consegue manter a concentração e o estabelecimento de tarefas a serem realizadas em intervalos curtos de tempo (Barkely, 1998).

poderá ou não se desenvolver, e reconheça sua responsabilidade sobre o resultado final desse processo. O professor ideal terá mais equilíbrio e criatividade para criar alternativas e avaliar quais obtiveram melhor funcionamento prático. Deverá saber aproveitar os interesses da criança, criando situações cotidianas que a motivem, e oferecer *feedback* consistente, imediatamente após o comportamento da criança (Rief, 2001).

O manejo de uma criança com TDAH em sala de aula não é uma tarefa fácil. O estilo de trabalho do professor, além de características pessoais deste profissional, têm importante impacto sobre o

comportamento em classe e sobre o desempenho acadêmico de crianças com TDAH. Professores mais entusiasmados e dinâmicos parecem ter maior facilidade para aumentar a participação destas crianças. Além disso, a utilização de sistemas de fichas, incluindo custo de resposta, parece auxiliar no desenvolvimento e manutenção do comportamento adequado e do desempenho acadêmico (Barkley, 1998).

Barkley (1998) fornece sugestões que podem facilitar o manejo comportamental da criança em sala de aula, sintetizadas no Quadro 6.

terapêuticos mais utilizados incluem educação sobre o transtorno para todos que têm contato com a criança, como família e professores, psicofarmacologia, treino de pais (e professores) em estratégias para modificação do comportamento e terapia familiar com ênfase na solução de problemas e habilidades de comunicação. O tratamento deve ser oferecido de forma contínua, considerando e abrangendo os diferentes contextos e pessoas com quem estas crianças convivem.

Quadro 6. Sugestões práticas que viabilizam facilitar o manejo comportamental da criança ou adolescente em sala de aula (Barkley, 1998)

Sugestões para Sala de Aula
1. Adaptar quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança.
2. Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação).
3. Utilizar regras externas (ex. posteres, auto-verbalizações).
4. Fornecer reforçamento freqüente e utilizar custo de resposta.
5. Utilizar conseqüências imediatas para o comportamento.
6. Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas).
7. Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas.
8. Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula.
9. Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança.
10. Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa.
11. Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança.

Os principais obstáculos para a implementação de programas comportamentais em sala de aula incluem o tempo que o professor precisa ter disponível para uma criança dentro de uma classe com muitos alunos e a atitude deste profissional em relação às técnicas para modificação do comportamento.

Em síntese, o TDAH é um transtorno comum na infância e pode ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento posterior. O tratamento requer uma abordagem sistêmica, uma vez que nenhum tipo de tratamento abrange todas as dificuldades experimentadas por estas crianças e adolescentes. Os enfoques

## Referências

American Academy of Pediatrics (2001). Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.

American Academy of Pediatrics (2003). Report of the Task Force on the Family. *Pediatric*, 111(6), 1541-1571.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Andrade, E. R., & Scheuer, C. (2004). Análise da eficácia do metilfenidrato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(1), 81-85.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Em E. J. Mash & R. A. Barkley (Orgs.), *Treatment of childhood disorders*. (vol. 2, pp. 55-110) New York: Guilford.
- Barreto, A. P. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR.
- Betalanffay, L. (1975). *Théorie generale des systemes*. Paris: Dumond.
- Connor, D. F. (2002). Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Develo Behavl Pediatr*, 23, S1-S9.
- Correia Filho, A. G., & Pastura G. (2003). As medicações estimulantes. Em L. A. Rhode & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH – Transtorno de deficit de atenção/ hiperatividade* (pp. 161-173). Porto Alegre: Artmed.
- Domingos, N. A. M., & Rizzo, K. R. (2000). O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade infantil. Em E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp. 63-83). Campinas: Papyrus.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Chen, W. J. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *J Abnorm Psychol*, 104, 334-345.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44, 951-958.
- Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., Biederman, J., Cohan, S.L., Mick, E. (2003). Does parental ADHD bias maternal reports of ADHD symptoms in children? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 168-75.
- Fowler, M. C. (1992). Maybe you know my kid. *A parent's guide to identifying, understanding and helping your child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Birch Lane.
- Freire, P. (1983). *Paulo Freire ao vivo*. São Paulo: Loyola.
- Gaião, A. A. (2001). *Hiperatividade em meninas: Um estudo de prevalência diagnóstica e avaliação psicológica*. João Pessoa: Idéia Editora.
- Golfeto, J. H., & Barbosa, G. A. (2003). Epidemiologia. Em: L. A. Rhodes & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH – Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade* (pp. 15-34). Porto Alegre: Artmed.
- Grillo, E., & Da Silva, R. J. M. (2004). Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, S21-27.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of TDAH on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*, 90, (Suppl 1), i2-i7.
- Johnson, L. A., & Safranek, S. (2005). What is the most effective treatment for ADHD in children? *Journal of Family Practice*, 54, 166-168.
- Jones, M. (2004). *Hiperatividade: como ajudar seu filho*. São Paulo: Plexus.
- Klein, R. G., & Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 89-114.
- Levy, F., Barr, C., & Sunohara, G. (1998). Directions of actiologic research on attention deficit/hyperactivity disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 32, 97-103.
- Marinho, M. L. (2000). A intervenção clínica comportamental com famílias. Em: E. F. M. Silveiras (Org). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. (Vol. I., pp. 139-174). Campinas: Papyrus.
- Mattos, P. (2001). *No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 161, 1948-1956.
- Miyazaki, M. C. O. S., Rizzo, K. R., & Salomão Jr, J. B. (2005). Características e tratamento da asma na infância. Em: V. E. Caballo & M. A. Simon (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica infantil e do adolescente* (pp. 349-61). São Paulo: Ed. Santos.
- Northey, W. F., Wells, K. C., Silverman, W. K., & Bailey, C. E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 523-545.
- Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behaviour problems. *J Clin Child Psychol*, 30, 503-513.
- Rappley, M. D. (2005). Attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*, 352(2), 165-173.
- Rhode, L. A., Biederman, J., Busnello, E. D., Zimmermann, H., Schmitz, M., & Martins, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Psychiatry*, 6, 716-722.

- Rhode, L. A., Barbosa, G., Polanskzick, G., Eizirik, M., Rassmussen, E., & Neuman, R. (2001). Factor and latent class analysis of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescents. *JAm Acad Child Psychiatry, 40*, 711-718.
- Rhode, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtornos de déficit de atenção / hiperatividade atualização. *J Pediatr, 80*, (Supl 2), S61-S70.
- Rief, S. (2001). *Estratégias de intervenção na escola*. Trabalho apresentado na II Conferencia internacional sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. São Camilo: Centro de Convenções.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczy, K. G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, (Supl II), 7-11.
- Silva, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. Rio de Janeiro: Napedes.
- Silvares, E. F. M. (2000a). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol I). Campinas: Papirus.
- Silvares, E. F. M. (2000b). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. (Vol. I). Campinas: Papirus.
- Vasconcelos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Watzlawick, P., Helmick, J. H. B., & Jackson, D. (1967). *Pragmáticas da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Weis, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford.
- Zagury, T. (2004). *Os direitos dos pais: construindo cidadãos em tempos de crise*. Rio de Janeiro: Record.

#### Sobre as autoras:

Rosimeire C. S. Desidério ([rosedesiderio@famerp.br](mailto:rosedesiderio@famerp.br)) é Pedagoga e aluna do Curso de Especialização em Intervenção Familiar: Psicoterapia e Orientação Sistêmica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Maria Cristina de O. S. Miyazaki ([cmiyazaki@famerp.br](mailto:cmiyazaki@famerp.br)) é Psicóloga e Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Psicologia, responsável pelo Laboratório de Psicologia e Saúde e supervisora do Serviço de psicologia do Hospital de Base(FUNFARME) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

#### Endereço para Correspondência:

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Universitário – Pós-Graduação – a/c Rose Desidério  
15090-000 São José do Rio Preto – SP  
[rosedesiderio@famerp.br](mailto:rosedesiderio@famerp.br)