



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP

Faculdade de Ciências

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do

Desenvolvimento e Aprendizagem

LIENE REGINA ROSSI

**EFEITOS DE UM PROGRAMA PEDAGÓGICO-
COMPORTAMENTAL SOBRE TDAH PARA PROFESSORES
DO ENSINO FUNDAMENTAL**

BAURU

2008

LIENE REGINA ROSSI

**EFEITOS DE UM PROGRAMA PEDAGÓGICO-
COMPORTAMENTAL SOBRE TDAH PARA PROFESSORES
DO ENSINO FUNDAMENTAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Bauru, para obtenção do Título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Área de Concentração: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Orientadora: Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

BAURU

2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientadora: Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Membros:

1. Profa. Dra. Maria de Lourdes Merighi
Tabaquim – USC, Bauru

2. Profa. Dra. Lígia Ebner Melchiori –
UNESP, Bauru

3. Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim
Rodrigues – UNESP, Bauru

Curso de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da
Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista

Março de 2008

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Plínio e Mara, por acreditarem no meu potencial e acima de tudo
pelo amor incondicional*

*Às minhas irmãs, Gisele e Aline, pelo elo de amizade e companheirismo que a
cada dia se fortalece mais.*

As minhas sobrinhas que sentiram minha ausência nesse período

Ao meu noivo por toda ajuda, paciência, compreensão e amor.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pelo dom da vida.

À minha orientadora Professora. Dr^a. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, pela confiança, carinho, incentivo e ensinamentos. Obrigada por me fazer acreditar que, apesar das dificuldades, juntas conseguimos vencer!

À Professora Dra. Maria de Lourdes Mereghi Tabaquim, por estar sempre ao meu lado, me orientando com dedicação, amor e carinho.

À professora Dra. Lígia Ebner, por suas valiosas contribuições no exame de qualificação e defesa.

Ao professor Henrique, não apenas pela análise estatística, mas principalmente por toda dedicação e prontidão.

Á Secretaria de Ensino e Coordenadoras das Escolas que acreditaram nesse trabalho.

Aos Professores e Pais que aceitaram, de imediato, participar deste estudo. Obrigada por todo acolhimento e ensinamento.

Aos alunos, portadores de TDAH ou não, sempre animados e felizes, exemplos de vida!

A todos meus familiares, pela incessante torcida e apoio.

Às minhas companheiras Valéria e Lídia que me ajudaram na coleta de dados.

Às minhas amigas Mirella, Jéssica e Marina sempre presentes e que contribuíram muito com as leituras e sugestões.

Às minhas amigas Mariana, Malú, Grace, Rafaela, Fúlvia e Miliane, pela amizade e compreensão.

*“Foi assim que se construiu a ciência:
não pela prudência dos que marcham,
mas pela ousadia dos que sonham.
Todo conhecimento começa com o sonho.
O conhecimento nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido,
em busca da terra sonhada”.*

(Rubem Alves)

ROSSI, L.R. **Efeitos de um programa pedagógico-comportamental sobre TDAH para professores do Ensino Fundamental**, 2008 193. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)-UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2008.

RESUMO

O TDAH constitui um dos mais importantes transtornos do desenvolvimento dentre os problemas que afetam as crianças em suas relações com seu meio familiar, escolar e social. O objetivo deste trabalho foi analisar a eficácia de um programa interventivo pedagógico-comportamental sobre TDAH para professores, a partir da avaliação da definição e identificação de sintomas do transtorno e, ainda, da indicação de alunos como possíveis portadores do mesmo. Analisou-se, também, o desempenho cognitivo e escolar dos alunos indicados. Para verificar os objetivos propostos dois estudos foram conduzidos sendo que o primeiro verificou o nível de informação dos professores sobre TDAH e o índice de indicações e, o segundo, analisou os efeitos do programa de intervenção e descreveu o desempenho escolar e intelectual dos alunos indicados. Participaram do primeiro estudo, 39 professores e do segundo, 15 deles, 84 pais e 86 alunos, de duas escolas municipais, de uma cidade de porte pequeno, do interior paulista. Para avaliar os conhecimentos sobre TDAH dos professores três instrumentos foram elaborados para este estudo: Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH, Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos com o transtorno e o Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH – versão para professores e para pais. Para avaliar o desempenho escolar das crianças foi utilizado o Teste de Desempenho Escolar (TDE) e para avaliar o desempenho intelectual foi utilizado as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial. Os resultados do Estudo 1 revelaram que 75% dos professores acertaram menos que 70% do conteúdo avaliado, assim como, não sabem definir TDAH. Mostraram, também, que 55% dos professores da Escola 1, mais experientes, acertaram mais de 71% das questões propostas, resultado superior aos dos professores da Escola 2, mais jovens e participantes de mais cursos rápidos e especializações. Estes, inclusive, foram os que indicaram mais alunos (54% deles) com possibilidade de portarem o transtorno. O Estudo 2 mostrou que, após a participação no programa 73% dos professores acertaram mais questões sobre TDAH. Quanto à definição, passaram a relatar 66% mais acertos para TDAH do que na primeira aplicação (35%). Quanto as indicações, 100% dos professores da Escola 1 reduziram 55% delas e da Escola 2, 67% dos professores reduziram 21%. Meninos são mais indicados que meninas e houve a prevalência, em ambas as escolas, de alunos da 3ª série e das salas de reforço. Comparando as Hipóteses Diagnósticas para o transtorno segundo pais e professores, observou-se que os professores da Escola 1 apresentaram maior índice de acordo (58%) com os pais para diagnóstico de TDAH do que os professores da Escola 2 (28%). Analisando o desempenho intelectual e acadêmico dos alunos indicados os resultados mostraram que 59% dos alunos apresentou desempenho intelectual na média e acima dela; 85% deles apresentou resultado no TDE na classificação inferior e 52% foram considerados com desempenho escolar abaixo do esperado por seus professores. O Programa pedagógico-comportamental sobre TDAH para professores do Ensino Fundamental mostrou-se efetivo ao alterar este quadro. Professores melhoraram seu desempenho nas reavaliações conduzidas, recomendando esta iniciativa para futuros projetos voltados para todos os professores, independente da série que lecionam, pois o mesmo auxilia a percepção e domínio do tema e posterior manejo adequado em sala de aula para que o aluno possa desenvolver todo o seu potencial. Das estratégias implementadas para identificação de alunos com TDAH, sugere-se a utilização de observação da criança a partir do Protocolo para hipótese diagnóstica como complemento aos relatos de pais e professores.

Palavras-chave: transtorno do déficit de atenção, hiperatividade, programa pedagógico-comportamental.

ROSSI, L. R. **Effects of a pedagogical-behavioral program on ADHD to Elementary School Teachers**, 2008. 193 f. Dissertation (Mastership in Development and Learning Process Psychology) UNESP, Science College, Bauru, 2008.

ABSTRACT

ADHD is one of the most important behavioral disorders among problems that affect children in their relationship with family, school and social environment. This study aimed at analyzing the efficacy of an interventive pedagogical-behavioral program on ADHD for teachers, based on the evaluation of definition and identification of symptoms of such disorder, as well as of the indication of students who were possible carriers of ADHD. The study also analyzed such students' cognitive and school performance. In order to check the aims proposed two studies were conducted. The first study verified the level of information of the teachers about ADHD and the percentage of students indicated as ADHD carriers, whereas the second study analyzed the effects of the intervention program as well as described school and intellectual performance of the students indicated. The first research involved 39 teachers and the second one involved 15, 84 parents and 86 students from two municipal schools of a small city in the countryside of São Paulo state. Three instruments were used in order to evaluate teachers' knowledge about ADHD: Inventory for the Identification of ADHD Symptoms, Protocol for the Definition of ADHD and the Indication of Students Carriers of ADHD, and Protocol for the ADHD Diagnosis Hypothesis – versions for parents and for teachers. In order to evaluate students' school performance, Academic Performance Index (API) was employed, and in order to evaluate their intellectual performance, Raven Colored Progressive Matrices Test-Special Scale was used. The results of the first research showed that 75% of the teachers got right answers in less than 70% of the content evaluated; they also do not know how to define ADHD. Results also showed that 55% of the teachers from School 1, more experienced, got right answers for more than 71% of the questions proposed, a higher result as compared to teachers from School 2, younger and taking part in faster courses and specializations. In fact, the last group indicated more students (54%) with possibilities to have the disorder. The second research showed that after the participation in the program, 73% of the teachers got more right answers about ADHD. As for the definition, 66% more right answers about ADHD were reported as compared to the first application (35%). As for the indications, 100% of the teachers from School 1 reduced 55% in terms of indications, in School 2 67% of the teachers reduced 21%. Boys are more indicated than girls, and there was a prevalence of indications of students from the 3rd grade and from support classes in both schools. Comparing the diagnostic hypothesis to the disorder according to parents and teachers, it was observed that teachers from School 1 presented a higher percentage of agreement (58%) with parents for ADHD diagnosis than teachers from School 2 (28%). The analysis of the intellectual and academic performance of the students indicated as carriers showed that 59% of the students presented average and upper performance; 85% of them showed result in API in the inferior classification and 52% were considered with school performance under what was expected by their teachers. The Pedagogical-behavioral program about ADHD to teachers of Elementary School showed to be effective because it modified this picture. Teachers improved their performance in the conduction of reevaluations, recommending this initiative to future projects aimed to all teachers, independently of the grade in which they teach, because the program helps the perception and domination of the topic and a consequent appropriate management in the classroom so that students may be able to develop all their potential. From the implemented

strategies to identify students with ADHD, it is suggested children observation based on the Protocol for Diagnostic as a complement to parents' and teachers' reports.

Key-words: attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, pedagogical-behavioral program

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações sobre os professores que participaram do Estudo 1.....	52
Tabela 2 - Distribuição dos acertos, por escola e por transtorno avaliado no inventário. Os números entre parênteses referem-se às questões analisadas	59
Tabela 3 - Distribuição dos acertos para cada um dos transtornos, considerando as escolas..	60
Tabela 4 - Categorias que indicam a definição de TDAH pelos professores.....	61
Tabela 5 - Desempenho acadêmico dos alunos, por gênero, segundo indicação dos professores	66
Tabela 6 - Desempenho acadêmico dos alunos separados por escola, segundo indicação dos professores.....	66
Tabela 7 - Distribuição das médias das indicações e da pontuação obtida no Inventário	67
Tabela 8 – Informações sobre os professores que participaram do Estudo 2	78
Tabela 9 – Alunos indicados pelos professores por gênero e por escola.....	78
Tabela 10 - Apresentação dos índices de melhora, manutenção e piora, da primeira para a segunda aplicação.....	97
Tabela 11 – Distribuição de acertos pré e pós-teste (N=15).....	98
Tabela 12 – Descrição da pontuação estatística no pré e pós-teste	98
Tabela 13 - Comparação dos totais de pontos no Pré e Pós-Teste (N=15).....	99
Tabela 14 – Comparação do desempenho dos professores no pré e pós-testagem, para os subtipos de TDAH e outras patologias.....	99
Tabela 15 - Resultados da definição de TDAH, na segunda aplicação, pós-curso.....	100
Tabela 16 - Categorias que indicam a definição de TDAH pelos professores nas duas aplicações, antes e depois do curso.....	103

Tabela 17 - Distribuição dos alunos indicados por escola, por série e por sexo.....	105
Tabela 18 - Desempenho escolar dos alunos indicados pelos professores, antes da participação no programa.....	110
Tabela 19 - Indicações de alunos com TDAH antes e depois do curso.....	111
Tabela 20 – Porcentagem de alunos indicados no Pré e Pós-Teste, na Escola	112
Tabela 21 – Porcentagem de alunos indicados no Pré e Pós-Teste, na Escola 2.....	112
Tabela 22 - Desempenho escolar dos alunos indicados pelos professores.....	121
Tabela 23 - Relação de alunos indicados e alunos avaliados.....	121
Tabela 24 - Relação de alunos indicados X alunos avaliados, considerando o sexo.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos possíveis comportamentos característicos de TDAH, segundo o DSM-IV.....	30
Quadro 2 - Descrição das etapas do projeto para o Estudo 1.....	54
Quadro 3 - Questões referentes ao TDA, TDH e TDAH e outras patologias.....	55
Quadro 4 - Descrição das etapas do Estudo 2.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1a e 1b - Resultado dos professores no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH.....	57
Figura 2 - Frequência relativa dos acertos no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH, por escola.....	57
Figura 3 - Desempenho geral dos professores, referente à totalidade das questões, no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH.....	58
Figura 4 - Categorias que definem TDAH, segundo os professores.....	63
Figura 5 – Quadro dos alunos com TDAH indicados pelos 39 professores.....	64
Figura 6 - Distribuição dos alunos indicados por série.....	65
Figura 7 - Desempenho geral dos professores nas duas aplicações do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”.....	91
Figura 8 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDA.....	92
Figura 9 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDA.....	93
Figura 10 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDH...94	
Figura 11 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDH.....	95
Figura 12 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDAH..96	
Figura 13 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDAH.....	97
Figura 14 - Categorias que definem TDAH, no Pós-Teste.....	102
Figura 15 - Comparação das Categorias de TDAH no Pré e Pós-Teste	104
Figura 16: Alunos indicados pelos 15 professores, separados por escola e gênero.....	106
Figura 17 - Alunos indicados por mais de um professor, separados por escola e gênero....	107
Figura 18 - Porcentagem de indicações por professor considerando o número de alunos por sala.	108

Figura 19 - Porcentagem de indicações por professor, por escola.	109
Figura 20 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos professores.....	114
Figura 21 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos professores, considerando o sexo..	115
Figura 22 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos pais.	116
Figura 23 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos pais, considerando o sexo.....	117
Figura 24 - Comparação das hipóteses diagnósticas de TDAH, segundo os professores e os pais, por escola.....	118
Figura 25 - Comparação das hipóteses diagnósticas para TDAH, segundo os professores e os pais, por gênero.....	119
Figura 26 - Comparação de acordos e desacordos quanto às hipóteses diagnósticas entre professores e os pais, quanto aos subtipos (TDAH, TDA e TDH).....	120
Figura 27 - Comparação de acordos e desacordos quanto às hipóteses diagnósticas entre professores e os pais, quanto ao gênero.....	120
Figura 28 - Desempenho intelectual dos alunos, por escola.....	123
Figura 29 - Desempenho intelectual dos alunos, por gênero.....	124
Figura 30 - Resultados do desempenho escolar dos alunos indicados, separados por escola.....	125
Figura 31 - Desempenho escolar, por gênero, referente aos alunos da Escola 1.....	126
Figura 32 - Desempenho escolar, por gênero, referente aos alunos da Escola 2.....	127
Figura 33 - Avaliação do curso pelos professores.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID – Classificação Internacional das Doenças

DRO – Reforçamento Diferencial de outros comportamentos

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EMEF - Escolas Municipais de Ensino Fundamental

HTPC - Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo

PRODAH - Programa de Transtorno de Déficit de Atenção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Q.I. – Quociente de Inteligência

R.M – Retardo Mental

SNC – Sistema Nervoso Central

TA. – Transtorno de Aprendizagem

TC – Transtorno de Cálculo

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

TE – Transtorno de Escrita

TOD – Transtorno Desafiador Opositivo

TDE – Teste de Desempenho Escolar

TL – Transtorno de Leitura

I. INTRODUÇÃO	25
1. Breve Histórico	25
2. Definições, caracterização e etiologia	26
3. Critérios Diagnósticos do TDAH	29
4. Prevalência	33
5. Comorbidades associadas ao TDAH	34
6. Desempenho Escolar	35
7. Desempenho Cognitivo	41
8. Modelos de Intervenção	42
 ESTUDO 1: CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE TDAH	 51
 1. OBJETIVO	 51
 2. MÉTODO	 51
2.1. <i>Participantes</i>	51
2.2. <i>Materiais</i>	52
2.2.1. Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH	52
2.2.2. Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno	53

2.3. Local	53
2.4. Procedimento para a aplicação dos instrumentos	53
2.5. Procedimentos para a análise dos dados	55
3. RESULTADOS	55
3.1. Resultados da aplicação do “Inventário para identificação de sintomas de TDAH”	56
3.2. Resultados da aplicação do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”	60
4. DISCUSSÃO	67
 ESTUDO 2 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICO- COMPORTAMENTAL PARA PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL	 76
1. OBJETIVOS	76
<i>1.1. Objetivos Gerais</i>	<i>76</i>
<i>1.2. Objetivos Específicos</i>	<i>76</i>
2. MÉTODO	77
2.1. Participantes	77
2.1.1. Professores	77
2.1.2. Alunos	78

2.1.3. Pais e/ou responsáveis	79
2.2. Materiais.....	79
2.2.1. Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos com o transtorno ..	79
2.2.2. Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH	79
2.2.3. Protocolos para Hipótese Diagnóstica de TDAH – versão para professores e	
Protocolos para Hipótese Diagnóstica de TDAH - versão para pais	80
2.2.4. Teste de Desempenho Escolar (TDE)	80
2.2.5. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial	81
2.2.6. Materiais para o Curso	81
2.3. Procedimento para Coleta de Dados	82
2.3.1. Procedimento para as Etapas 1 e 2	83
2.3.2. Procedimento para as Etapas 3 e 4	83
2.3.3. Procedimento para a Etapa 5	84
2.3.4. Procedimento para a Etapa 6	84
<i>Curso: “TDAH: Possibilidades de Intervenção Efetiva”</i>	<i>84</i>
2.3.5. Procedimento para as Etapas 7 e 8	89
2.4. Procedimento para Análise Estatística	89

3. RESULTADOS	90
3.1. Resultados das duas aplicações do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”	90
3.2. Resultados das duas aplicações do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”	99
3.3. Resultados da aplicação do instrumento “Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH” com os professores e com os pais	113
3.4. Resultados das avaliações do Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e do TDE	121
3.5. <i>Avaliação do Curso feita pelos 15 professores que participaram do mesmo</i>	127
4. DISCUSSÃO	129
5. CONCLUSÕES	137
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
7. ANEXOS	150

INTRODUÇÃO

1. Breve Histórico do TDAH

Os estudos sobre Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) são considerados historicamente recentes e podem ser visualizados a partir da passagem do século XIX para o século XX. Em 1902, o inglês Jorge Still fez a primeira descrição médica do TDAH como sendo um defeito do controle da moral e considerou a existência de uma causa biológica e não como consequência da educação dos pais, como até então se acreditava (MORGAN, 1999; WENDER et al., 2001).

Com o tempo, outras denominações começaram a existir gerando significativa confusão na caracterização, definição e denominação deste transtorno, tais como: Hiperatividade, Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome Hipercinética e Distúrbio do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Essas mudanças na denominação demonstravam as incertezas dos pesquisadores a cerca das causas e do critério diagnóstico preciso para este transtorno (SHAYWITZ; SHAYWITZ, 1992; BARKLEY, 1998; CASTROVIEJO, 2001).

Em 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, na 3ª. edição (DSM-III) chamou esse transtorno de “desordem do déficit de atenção com ou sem hiperatividade”. Em 1987, o DSM-III-R (revisado) usou a expressão desordem de déficit de atenção e hiperatividade. Em 1994, o DSM-IV definiu mais claramente esse transtorno, tendo também valorizado, além de desatenção e hiperatividade, à impulsividade (ROTTA et al., 2006).

O DSM-IV delineou o TDAH em três subtipos e estabelece parâmetros para o diagnóstico: *Tipo Predominantemente Desatento*, *Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo* e *Tipo Combinado*. O diagnóstico para cada subtipo passou a ser baseado nos padrões comportamentais, os quais deveriam satisfazer, com frequência, a seis ou mais

critérios, presentes por mais de seis meses e se manifestar antes dos sete anos, em pelo menos dois contextos diferentes (escola e família). Atualmente, diversos estudos como o de Mattos (2005), Barkley (2002) e Knapp e colaboradores (2002) utilizam desta descrição para diagnosticar a presença de TDAH.

Brown (2007) introduz uma nova maneira para se compreender o TDAH. Para o autor, o portador de TDAH sofre de dificuldades significativas nas funções executivas do cérebro, que pode ser definida como um conjunto de funções responsáveis por iniciar e desenvolver uma atividade com objetivo final determinado. Segundo o mesmo autor, as funções executivas debilitadas na síndrome do TDA são:

1. Ativação: organizando, priorizando e ativando para trabalhar;
2. Foco: Focando, sustentando e desviando a atenção às tarefas;
3. Esforço: Regulando o estado de alerta, o esforço sustentado e a velocidade do processamento;
4. Emoção: Administrando frustrações e modulando emoções;
5. Memória: Utilizando memória de trabalho e acessando informações;
6. Ação: Monitoramento e auto-regulação das ações.

2. Definições, caracterização e etiologia

Segundo Barkley (2002), o TDAH “é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, que consiste em problemas com o período de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade” (pág. 35). Persiste durante o desenvolvimento da criança; ocorre em diversas situações, mas não necessariamente em todas elas; prejudica a capacidade da criança em responder as demandas solicitadas para a sua idade; não é facilmente explicado por causas ambientais ou sociais; relaciona-se a anormalidades no funcionamento ou

desenvolvimento cerebral, que podem estar associadas a fatores biológicos (como genética, traumas, etc). Ele considera que há três problemas primários no TDAH: dificuldade para manter a atenção, pouco controle ou inibição dos impulsos (impulsividade) e atividade excessiva (hiperatividade), que resultam em atraso no desenvolvimento da inibição de comportamento, que é o problema central do transtorno (BARKLEY, 2002).

De acordo com Rotta e colaboradores (2006), o TDAH é definido como uma síndrome neurocomportamental com três categorias de sintomas: desatenção; hiperatividade e impulsividade, sendo caracterizado pela presença de um nível inadequado de atenção em relação ao esperado para a idade, o que leva a distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais. A desatenção caracteriza-se pela dificuldade em prestar atenção a detalhes, o que leva a criança a cometer erros em atividades escolares, não conseguir acompanhar instruções longas e não conseguir executar as atividades de forma adequada. A criança apresenta dificuldade para organizar, planejar, realizar tarefas que envolvem esforço mental sustentado, além de perderem seus pertences com facilidade e se distraírem facilmente com estímulos do ambiente (ROTTA et al., 2006). A autora ressalta, ainda, que a hiperatividade consiste em atividade motora intensa, sendo demonstrada pelos seguintes comportamentos: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; não conseguir permanecer sentado; correr em demasia; falar muito; não conseguir envolver-se em atividades de lazer de modo silencioso; parecer “estar a mil por hora” ou “a todo vapor”, não conseguir controlar seu próprio corpo e não manter o foco na atividade cognitiva, gerando uma produção intelectual pobre. Os comportamentos impulsivos são manifestados por dificuldade em aguardar a vez; responder à pergunta antes do seu término e intrometer-se na conversa dos outros. Junto à impulsividade, observa-se também instabilidade, apatia, irritabilidade, agressividade, perseverança, baixo limiar a frustrações e reações catastróficas (ROTTA et al., 2006). Assim, o TDAH é considerado um distúrbio do desenvolvimento com início na primeira infância,

podendo prolongar até a idade adulta (BARKLEY, 1998; ROHDE, 2003; CONDEMARÍN, 2006; BROWN, 2007).

Os comportamentos mais freqüentes nas pessoas portadoras de TDAH são: desatenção, inquietação, instabilidade e perda momentânea da iniciativa motora com conservação das atitudes (torpeza motora), distúrbios da fala e dificuldades gnósicas. Os problemas escolares ocorrem devido aos três sintomas principais do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) resultantes da associação com torpeza motora e falha na noção do esquema corporal. Entretanto, muitas vezes estão associados com dislexia, disgrafia e discalculia (comorbidades observadas no TDAH). O manejo pelos adultos, em casa e/ou na escola, é muitas vezes inadequado, levando a comportamentos mais comprometidos, como o aumento da impulsividade e presença de destrutibilidade (ROTTA et.al., 2006).

Uma variada etiologia tem sido estudada nos últimos tempos. Fatores neurológicos e genéticos parecem contribuir significativamente para a explicação dos sintomas e a ocorrência do Transtorno. Por outro lado, fatores ambientais e sociais não são considerados fatores causais, mas podem contribuir para a persistência dos sintomas. O TDAH pode ser explicado por danos no desenvolvimento, estrutura e função do córtex pré-frontal e suas redes com outras regiões cerebrais, especialmente o corpo estriado. Tais danos levam a *déficits* na manutenção da atenção, inibição, regulação da emoção, motivação, capacidade de organização e planejamento do comportamento futuro (VASCONCELOS, 2002).

Vários autores que estudam os processos psicopatológicos, a neurobiologia e a neuropsicologia do TDAH sugerem que a disfunção no córtex pré-frontal e suas conexões com a circuitaria subcortical e com o córtex parietal possam ser responsáveis pelo quadro clínico (BARKLEY, 1997, 2000; SZOBOT et al., 2001). Essas alterações seriam responsáveis por um déficit do comportamento inibitório e das funções executivas (que capacitam o sujeito no desempenho de suas ações voluntárias, autônomas e orientadas para metas específicas),

incluindo memória de trabalho, planejamento, auto-regulação de motivação e do limiar para ação dirigida a um objetivo definido e internalização da fala (BARKLEY, 1997, 2000; STRAYHORN, 2002).

O TDAH tem sido considerado um dos maiores problemas clínicos e de saúde pública, gerando grande impacto na sociedade pelo alto custo, estresse envolvido, dificuldades acadêmicas, problemas comportamentais e pela baixa auto-estima gerada nas crianças (ROTTA, 2006).

3. Critérios Diagnósticos do TDAH

De acordo com Cypel (2007) a questão diagnóstica é um dos pontos mais difíceis e cruciais do tema que está sendo estudado. O diagnóstico da criança desatenta e hiperativa sustenta-se sobre dois pilares fundamentais: os dados de história da criança e os obtidos na avaliação clínica. Estarão, por sua vez, relacionados a dois pólos de sinais e sintomas: a *desatenção e o conjunto de hiperatividade/impulsividade*.

Dupaul e Stoner (2007) seguindo a classificação do DSM-IV (2002) sugerem também três subtipos de TDAH: “predominantemente desatento”, “predominantemente hiperativo-impulsivo” e o “combinado”. Este último inclui seis dos nove sintomas de desatenção e seis dos nove sintomas de hiperatividade-impulsividade. As crianças predominantemente desatentas apresentam no mínimo seis sintomas de desatenção e até seis sintomas de hiperatividade-impulsividade. O tipo hiperativo-impulsivo exibe no mínimo seis sintomas de hiperatividade-impulsividade, mas menos que seis sintomas de desatenção.

Crianças com TDAH do “tipo combinado” apresentam habilidades de memória e velocidade percepto-motora mais comprometidas que aquelas predominantemente “hiperativas-impulsivas” devido ao sintoma de desatenção e da reação atrasada aos estímulos

do ambiente. Já no tipo “predominantemente desatento”, a criança apresenta maiores dificuldades com a atenção concentrada (DUPAUL; STONER, 2007).

O Quadro 1 mostra os comportamentos cuja presença é considerada como critério para o diagnóstico do TDAH, segundo o DSM-IV (2002), que também foi empregado nesse estudo.

Quadro 1 - Descrição dos comportamentos a serem observados para cada subtipo de TDAH.

TDAH predominantemente desatento (TDA)	TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo (TDH)	TDAH combinado
Não presta atenção em detalhes ou comete erros por omissões em atividades escolares, de trabalho ou outras	Abandona sua carteira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado	Dificuldade em terminar uma atividade ou trabalho
Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas	Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira	Fica aborrecida com atividades não estimulantes ou rotineiras
Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra	Corre ou escala em demasia, em situações impróprias	Falta de flexibilidade, é imprevisível
Não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais	Dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer	Não aprende com erros passados
Dificuldade para organizar tarefas e atividades	Age como se estivesse a “todo o vapor”	Percepção sensorial diminuída
Evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante	Dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas	Problemas de sono
Perde as coisas necessárias para tarefas ou atividades	Interrompe ou se intromete em assuntos alheios	Dificuldade de relacionamento com colegas e nos estudos
É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa	Dificuldade para aguardar sua vez	Agressividade
Apresenta esquecimento em atividades diárias	Fala em demasia	Difícil de agradar
		Frustra-se com facilidade
		Não reconhece os limites dos outros
		Não tem noção de perigo

Para Dupaul e Stoner (2007) os critérios de diagnóstico do TDAH pelo DSM-IV (2002) são úteis por vários motivos: a lista dos sintomas descreve um conjunto de comportamentos problemáticos que co-variam de modo confiável em algumas crianças aumentando o consenso entre os profissionais; os critérios orientam a seleção de outros

transtornos ou problemas que podem explicar os sintomas aparentes do TDAH; as discussões da lista de sintomas podem indicar os comportamentos que devem ser alvos de uma intervenção e a utilização de uma linguagem comum tende a melhorar a comunicação entre os diversos profissionais (favorecendo o enfoque de equipe interdisciplinar).

Segundo Phelan (2005) o DSM-IV (2002) propicia uma visão precisa, mas ainda basicamente clínica do TDAH. As listas de sintomas são úteis e necessárias ao diagnóstico, mas não conseguem descrever o que é ser – ou conviver com - uma criança com TDAH.

Escudeiro (2001) alerta para o cuidado que se deve ter ao utilizar os critérios estabelecidos pelo CID-10 e DSM-IV. Eles consideram o TDAH como um transtorno endógeno e orgânico, sugerindo ainda mau funcionamento neurobiológico e a disfunções cerebrais. De acordo com a autora, ao atribuir o TDAH a uma disfunção cerebral, conclui-se que características do ambiente onde a criança está inserida são insuficientes na gênese, na ocorrência e no tratamento do transtorno. Assim, os comportamentos da criança serão interpretados por uma maneira de agir devido à sua disfunção cerebral e elas passarão a pertencer ao grupo das crianças com TDAH, que tomam medicamentos e que apresentam “problemas na cabeça”. Tal visão ignora o contexto social como fator coadjuvante do surgimento e manutenção do transtorno, assim como isenta a responsabilidade dos adultos e a participação ativa da criança no controle de seus comportamentos.

Apesar dos critérios de diagnóstico do DSM-IV (2002) apresentarem vantagens e desvantagens, o TDAH não pode ser estrita e objetivamente medido, pois sugere graus de arbitrariedade e subjetividade. Para Vasconcelos (2002) a ênfase no DSM-IV não permite a análise das contingências, da relação organismo-ambiente, contrariando os princípios analítico-comportamentais. Porém, é possível identificar a ocorrência, em termos de frequência, intensidade e duração de comportamentos característicos do TDAH, assim como a

identificação de eventos antecedentes e conseqüentes, partindo da lista de comportamentos descritos no DSM-IV, operacionalizando-os.

O processo diagnóstico é formado pela história, observação do comportamento da criança e relato de pais e professores sobre os comportamentos que a mesma apresenta em casa e na escola. Os pais geralmente são bons informantes e os professores tendem a superdimensionar os sintomas (ROHDE; HALPERN, 2004). Phelan (2005) enfatiza que as informações dos pais devem ser sempre consideradas e as crianças ser levadas a sério e tratadas sem serem julgadas.

Entre os instrumentos utilizados no diagnóstico estão: a entrevista clínica, o exame médico e a aplicação de algumas escalas. Os testes cognitivos, de atenção, neuropsicológicos e observação direta do comportamento da criança são instrumentos importantes nesse processo (VASCONCELOS, 2002; BARKLEY, 1997; 1998).

É na idade escolar que a maioria dos pais de crianças com TDAH procura ajuda médica com queixa de dificuldades de aprendizagem. Entretanto, alguns pais procuram atendimento especializado antes desta fase, devido aos sintomas de hiperatividade e impulsividade apresentados pela criança. Eles relatam queixas referentes a comportamentos como agressividade, comportamento anti-social, baixa auto-estima e atitudes negativistas que, em sua maioria, são conseqüências de comportamentos inadequados do ambiente familiar e pedagógico (GHERPELI; REED, 2007).

Reed (2007) diz que o diagnóstico é estabelecido fundamentalmente numa base clínica e implica na necessidade de adotar precocemente procedimentos terapêuticos definidos na área neurológica, psicopedagógica e social, a fim de prevenir o aparecimento a longo prazo de distúrbios de âmbito comportamental ou psiquiátrico. A participação dos pais e professores na elaboração de uma abordagem racional que diminua o impacto social é de difícil aplicação nos

países subdesenvolvidos, mas altamente priorizada nos EUA (CULPEPPER, 2006; PERRIN, 2001; WORAICH, 2006).

4. Prevalência

A taxa de prevalência do transtorno tem sido pesquisada em inúmeros países, em todos os continentes, no entanto as diferenças encontradas refletem muito mais as diferenças metodológicas (tipo de amostra, delineamento, fonte de informação, idade, critérios diagnósticos utilizados, ou a forma como eles são aplicados) do que as reais diferenças transculturais no constructo diagnóstico do transtorno (ROHDE, 1999; 2000).

Estudos nacionais e internacionais que utilizam os critérios plenos do DSM-IV tendem a encontrar prevalências ao redor de 3 a 6% em crianças em idade escolar, variando de acordo com os critérios diagnósticos usados e a população estudada (ROHDE, 1999; FARAONE et.al., 2003; HALPERN et al., 2004). Uma revisão aprofundada sobre esse tópico pode ser encontrada em Faraone e colaboradores (2003).

Baumgaertel e colaboradores (1995) conduziram um estudo que evidenciou prevalências distintas entre as crianças avaliadas através de critérios diagnósticos do DSM-III-R e do DSM-IV em uma amostra escolar: 10,9% pelos critérios do DSM-III-R e 17,8% do DSM-IV o que pode sugerir que as alterações presentes na nova descrição pode facilitar a identificação mais precisa dos subtipos, incluindo a impulsividade.

Rohde e Mattos (2003), num estudo de revisão, mostraram que a prevalência do TDAH varia em diferentes países, bem como dentro de um mesmo país: nos Estados Unidos as taxas de prevalência estão entre 3 a 6%; na Nova Zelândia, entre 2 e 6%; na Alemanha, 8,7%; no Japão, 7,7%; na China, 8,9%; na Inglaterra, 1%; em Taiwan, 9% e na Itália, 4%.

Gratez e colaboradores (2001) alertaram que, possivelmente, a maior causa dessas diferenças epidemiológicas reside precisamente nos critérios utilizados para seu diagnóstico sendo que esses critérios requerem informações clínicas detalhadas sobre o comportamento da criança em casa e na escola.

5. Comorbidades associadas ao TDAH

Rotta (2006) afirmou que as principais comorbidades associadas ao TDAH são: transtornos de aprendizagem, transtornos de linguagem, epilepsia, transtorno oppositor desafiante, transtorno de conduta, transtorno de ansiedade, transtorno do humor, tiques, enurese e abuso de substâncias. O transtorno de aprendizagem (TA) está presente em 19 a 26% dos casos de TDAH, sendo a dislexia a mais freqüente.

Pesquisas como as conduzidas pela American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1997) e Biederman (1998), mostrou uma alta prevalência de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno oppositor desafiante), situada em torno de 30 a 50%. A taxa de comorbidade também é significativa nos seguintes quadros: depressão (15 a 20%); transtornos de ansiedade (em torno de 25%) e transtornos da aprendizagem (10 a 25%).

Barkley (2002) mostrou que 30 a 50% das crianças portadoras de TDAH, entre sete e 12 anos de idade, apresentaram sintomas de transtorno de conduta e de comportamento anti-social, como mentir, praticar pequenos furtos e resistir à autoridade. Em média, 25% delas apresentaram problemas de brigas com outras crianças. A maioria dessas crianças foi submetida à medicação estimulante e mais da metade participou de algum tipo de terapia individual ou familiar. Aproximadamente 30 a 45% também recebeu assistência de educação especial ao final da sexta série.

6. Desempenho Escolar

Observa-se, no Brasil, uma alta incidência de crianças com dificuldades escolares como mostra Menezes-Filho (2002), apresentando os dados do Sistema de Avaliação do Ensino Básico (SAEB) 2003, que examinou o desempenho dos alunos da 4ª e 8ª série do Ensino Fundamental e da 3ª série do Ensino Médio e os resultados apontaram que a qualidade do ensino fornecido pela rede pública é muito baixa. Com relação aos testes de proficiência em Matemática, 12% dos alunos da 4ª série foram classificados no nível muito crítico, 40% no crítico e 40% no nível intermediário. Apenas 8% destes alunos foram classificados no nível adequado e nenhum no nível avançado. Desta forma, 52% das crianças matriculadas na 4ª série da rede pública não conseguem ler as horas em um relógio digital, nem realizar operações de multiplicação ou divisão. A soma de alunos nos níveis muito críticos e críticos atingiu 60% daqueles que freqüentam a 8ª série e 70% dos alunos que freqüentam a 3ª série do Ensino Médio. Somente 3% dos alunos da 8ª série e 8% dos alunos do Ensino Médio foram classificados no nível adequado. Os dados do SAEB (2003) também mostraram que 55% dos alunos cursando a 4ª série do Ensino Fundamental apresentaram desempenho crítico ou muito crítico em Língua Portuguesa (MENEZES, 2002; INEP, 2004).

De acordo com Barkley (1990), crianças com TDAH apresentaram desempenho escolar baixo, obtendo notas menores e repetências mais freqüentes do que outras crianças. Cerca de 40% delas deveriam ser alocadas em programas de educação especial e até 35% repetiram, pelo menos um ano antes de atingir o ensino médio. Destas crianças, 20% a 30% apresentam algum tipo de deficiência de aprendizagem, aproximadamente três a cinco vezes mais que crianças sem TDAH.

Rohde e Mattos (2003) apontam que as taxas de dificuldades de aprendizagem variam de 10 a 95% e são encontradas em estudos sobre a co-morbidade entre TDAH e transtornos de

aprendizagem. Esta diferença nos resultados ocorre devido à utilização de abordagens metodológicas distintas para a definição de ambos diagnósticos.

Os Transtornos da Aprendizagem (TA) classificam-se em:

- 1) Transtorno de Leitura (TL), que é definido como *déficit* no processamento fonológico e na velocidade de leitura das palavras de denominação de objetos ou na memória verbal;
- 2) Transtorno de Cálculo (TC), que se refere as dificuldades para automatizar os processos que requerem o cálculo mental e a realização de operações aritméticas, sendo que estas dificuldades estão associadas a *déficits* na memória de trabalho;
- 3) Transtorno de Escrita (TE), refere-se apenas à ortografia ou caligrafia, na ausência de outras dificuldades da expressão escrita e;
- 4) Transtorno de Aprendizado não específico.

Os Transtornos de Aprendizagem são diagnosticados quando o rendimento, avaliado mediante provas normatizadas, situa-se em um desvio típico abaixo do esperado para a idade cronológica, capacidade cognitiva e nível de escolarização do sujeito avaliado (MESSINA; TIEDERNANN, 2006).

Conforme Messina e Tiedernann (2006), o TDAH e o TL são transtornos distintos que podem se manifestar em uma mesma pessoa e que devem ser avaliadas e diagnosticadas separadamente. Crianças com TDAH e TL tendem a apresentar *déficits* nas funções executivas e nas tarefas verbais, especialmente nas tarefas que requeiram processamento fonológico, enquanto crianças com TDAH podem apresentar *déficits* nas funções executivas, mas não necessariamente no processamento fonológico. Esses autores também apontam que não é possível concluir que dificuldades no cálculo estejam diretamente relacionadas ao TDAH, uma vez que os portadores podem, também, apresentar lentidão na execução de cálculos, mas não necessariamente um atraso devido à falta ou falha cognitiva nesta tarefa, já que para isso é necessário apresentar um *déficit* na memória de trabalho.

Crianças com TDAH podem apresentar pouca tolerância ao trabalho que exija a escrita e também demonstrar uma expressão muito ruim da mesma (letra feia), sendo esta apenas uma característica e não um transtorno, o que permite concluir que o TDAH não é um distúrbio/transtorno específico de aprendizagem, pois não inviabiliza qualquer função cognitiva (MESSINA e TIEDERNANN, 2006).

De acordo com Dupaul e Stoner (2007), entre 1978 e 1993 foram realizadas pelo menos 17 pesquisas tendo como objetivo verificar a porcentagem de crianças com TDAH que apresentavam deficiência de aprendizagem. Os resultados variaram de 7% a 92% entre as pesquisas, observando uma média de uma em cada três crianças com TDAH e uma deficiência de aprendizagem concomitante. Observou-se, também, a prevalência de deficiência de aprendizagem entre crianças com o transtorno é mais alta do que em crianças típicas. Todavia, a variabilidade observada nas pesquisas analisadas dificultam uma análise precisa sobre seus resultados.

Pastura (2005) estudou o desempenho escolar de alunos com TDAH de uma escola de ensino fundamental do Rio de Janeiro, obtendo a prevalência do transtorno e as comorbidades nesta população, assim como o risco destas crianças apresentarem baixo desempenho escolar. A autora comparou o desempenho acadêmico de 26 alunos com TDAH e 31 sem o transtorno. Os resultados mostraram uma prevalência de 8,6% de crianças com problemas de aprendizagem. As comorbidades estavam presentes em 58% dos casos de TDAH, sendo o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) o mais comum, estando presente em 38,5% dos casos. O TDAH predominantemente desatento foi o mais prevalente (53,8%), seguido pelo tipo combinado (19,2%). A prevalência de baixo desempenho acadêmico em alunos com TDAH foi de 38,5%. Estes alunos apresentaram desempenho escolar insatisfatório em matemática e português 2,98 vezes maior do que os alunos sem o transtorno. Alunos com TDAH também receberam mais repreensões por parte dos professores e da direção da escola.

Por meio de uma pesquisa realizada pelo Programa de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODAH), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi obtido que 81% das crianças do programa apresentavam desempenho escolar inferior ao esperado para sua faixa de escolaridade, sendo que apenas 19% delas (oito crianças) apresentaram desempenho compatível. Em relação aos subtipos do TDAH, àquele que mais interferiu de forma negativa no desempenho escolar foi o desatento (100%) (ROHDE; DORNELES; COSTA; 2006).

Os estudos de Mayes e colaboradores (2000) mostraram que as crianças com TDAH que não apresentavam TA (Transtorno de Aprendizagem) tiveram maiores dificuldades nos testes de desempenho acadêmico em comparação com crianças sem TDAH e TA. Por outro lado, as crianças com TA sem TDAH apresentaram maiores problemas de atenção em comparação com crianças sem TDAH e TA. Nesta pesquisa, 70% das crianças com TDAH apresentaram TA (ROHDE; DORNELES; COSTA, 2006). Vários outros estudos procuraram comparar o rendimento escolar de pessoas (WEISS et al.,1985; FARONE et al., 1993; MANUZZA et al.,1997; ROHDE et al.,1999).

1º. Weiss e colaboradores (1985) estudaram 61 jovens portadores de TDAH e 41 jovens sem o transtorno. Dos jovens portadores, 69% concluíram os estudos, frente a 90% dos jovens que não apresentavam o transtorno.

2º. O resultado do estudo de Manuzza e colaboradores (1997) mostraram que os portadores de TDAH apresentavam 2,5 anos de estudo a menos e menor status profissional quando comparados a não portadores. Além disto, 23% deles não completaram seus estudos, apenas 12% concluíram o nível superior e 10% estavam desempregados. Dos indivíduos sem o transtorno, 2% não completaram seus estudos e 50% concluíram o nível superior.

3º. No estudo de Rohde e colaboradores (1999), 87% dos participantes portadores de TDAH tinham mais de uma repetência em seu currículo, 48% foram suspensos ao menos uma vez e 17% já tinham sido expulsos de outros colégios. Dos participantes que não apresentavam o

transtorno, 30% tinham mais de uma repetência em seu currículo, 17% foram suspensos ao menos uma vez e 2% já tinham sido expulsos de outros colégios.

4º. Analisando o desempenho de 140 crianças portadoras de TDAH, Faraone e colaboradores (1993) verificaram que 50% delas precisaram de aulas particulares e 30% freqüentaram classes especiais ou foram reprovadas. As crianças portadoras de TDAH apresentaram desempenho pior em testes de aritmética e leitura, quando comparadas às crianças sem o transtorno.

5º. Conforme Rizo e Rangé (2003) as principais dificuldades da criança com TDAH na escola refere-se à atenção seletiva (facilidade para se distrair), atenção sustentada (dificuldade em prestar atenção em explicações ou atividades longas), organização; memória (devido à falta de atenção necessária) e controle do impulso.

O baixo desempenho acadêmico freqüentemente acompanha o TDAH, podendo ser uma característica estável deste transtorno, já que seus sintomas caracterizam-se por dificuldades em terminar uma tarefa ou em participar de grupos tranqüilamente. Assim, crianças com o TDAH envolvem-se em atividades menos produtivas em relação a crianças sem o transtorno (ROTTA et.al., 2006).

O mau desempenho acadêmico da criança com TDAH gera sofrimento pessoal e familiar e a possível necessidade de serem inseridas em turmas especiais de apoio. Tais conseqüências justificam o investimento no diagnóstico e intervenções precoces para o transtorno (CONDEMARIN, 2006).

As características de desatenção e falta de autocontrole contribuem para as dificuldades escolares, interferindo no desempenho acadêmico e nas relações interpessoais da criança com TDAH, pois dificultam a percepção seletiva dos estímulos relevantes e a realização adequada de uma tarefa (BENCZIK; BROMBERG, 2003).

Outros fatores que contribuem para o mau desempenho escolar da criança com TDAH são: quantidade elevada de alunos em uma mesma sala de aula e professores despreparados, com defasagem na formação profissional, além de baixos salários que são circunstancialmente desmotivadores (BENCZIK, 2000).

A escola geralmente desconsidera as diferenças individuais, não adequando seus recursos e metodologias aos alunos que deles necessitam. Além disso, os professores encontram dificuldades para realizar adaptações necessárias para o ensino adequado da criança com TDAH (BENCZIK; BROMBERG, 2003).

Segundo Barkley (2002), os professores são desinformados ou estão desatualizados em relação ao conhecimento e controle do transtorno, tendo pouco entendimento sobre a natureza, curso, resultados e causas do mesmo, além de não conhecerem os tratamentos existentes. Deste modo, eles são muitas vezes autoritários e controladores, o que pode piorar as poucas conquistas sociais e acadêmicas da criança, diminuindo sua auto-estima e sua motivação para aprender. Por outro lado, professores assertivos podem ajudar as crianças a desenvolverem competências a curto e longo prazo.

De acordo com Hubner e Marinotti (2004), os problemas apresentados pelas crianças, na escola, são, em geral, atribuídos às dificuldades do próprio aluno, dificuldades para ler ou escrever, bem como para manter a atenção nas atividades escolares são interpretadas segundo rótulos diagnósticos, tais como: dislexia, transtorno do déficit de atenção e assim por diante. Isso resulta em uma concepção de que pouco ou nada pode ser feito para ajudar estas crianças. As autoras afirmam que, não se trata de negar que déficits de repertório apresentados pela criança e/ou condições orgânicas atípicas interfiram no aprendizado, mas é na interação organismo-ambiente que ela se dá, portanto pouco (ou nada) sensível a variáveis externas.

Atender a diversidade presente nas escolas é um desafio para os professores, que pode ser superado, dentre outros meios, através de reuniões de estudo, discussões de casos, leituras

e trocas de experiências com os colegas. É importante, também, que profissionais especializados forneçam suporte teórico e prático aos professores, o que beneficiaria o desenvolvimento das potencialidades da criança com TDAH (ROHDE; DORNELES; COSTA, 2006).

7. Desempenho Cognitivo

As habilidades para resolver problemas intelectuais e sociais, tais como o uso de estratégias complexas e habilidades organizacionais, também estão afetadas nas crianças com TDAH, pois a ineficiência nas estratégias dificulta a resolução de problemas por parte destas. Frequentemente elas usam estratégias menos eficientes quando precisam pensar sobre como reagir em determinada situação (BARKLEY, 2002).

Segundo Barkley (1998) a associação do TDAH com déficit intelectual é tema controverso. O autor mostra que em testes padronizados de inteligência, crianças com o transtorno pontuaram uma média de sete a 15 pontos abaixo de seus irmãos ou de outras crianças sem o transtorno. Apesar dos resultados apresentarem uma discrepância no funcionamento intelectual entre os grupos, há duas explicações para isto: 1) pode ter ocorrido diferenças no comportamento frente ao teste (níveis maiores de desatenção entre as crianças com TDAH) e, 2) alta probabilidade de uma quantidade maior de crianças com deficiência de aprendizagem no grupo com TDAH. Pontuações mais baixas em testes de QI (quociente de inteligência) para o grupo com TDAH podem ser devido ao subgrupo de crianças com TDAH e deficiência de aprendizagem. Comparando os escores de QI entre crianças com TDAH e crianças típicas, dois estudos (AUGUST; GARFINKEL, 1989; DYKMAN; ACKERMAN, 1999) não encontraram diferenças entre as crianças quando foi excluída a influência de deficiência de aprendizagem.

Resultados de pesquisas associando o TDAH ao baixo QI foram encontrados em estudos de Faraone (1993) e Manuzza (1997), que mostraram que crianças com TDAH apresentavam escores menores nos testes padronizados de inteligência quando comparadas com crianças sem o transtorno.

Pastura (2005) relata que o TDAH e o quociente de inteligência (QI) são fatores de risco para o mau desempenho escolar, sendo que o transtorno leva a um pior desempenho da criança nos testes de inteligência. Tais resultados, entretanto não condizem com os da sua pesquisa que demonstraram que os alunos com TDAH, de uma escola de ensino fundamental, apresentaram um desempenho semelhante aos dos alunos sem o transtorno, com um QI médio.

8. Modelos de Intervenção

Para lidarem com problemas típicos do TDAH, profissionais envolvidos com o transtorno devem assumir abordagens preventivas e remediadoras, com enfoque educativo, que envolvam várias formas de intervenções. Assim, os objetivos das intervenções se constituem no ensino das habilidades e conhecimentos, importantes na substituição dos comportamentos inadequados pelos adequados, reduzindo ou eliminando os comportamentos problemáticos (DUPAUL; STONER, 2007).

Uma intervenção efetiva para os problemas de comportamento requer o desenvolvimento e implementação de um comportamento programático e orientações ao professor (O'NEIL et al., 2005).

A Análise do Comportamento propõe a identificação e manipulação das contingências, planejando intervenções que facilitem aquisições comportamentais. Hubner e Marinotti (2004) propõem intervenções com crianças com TDAH que tenham como objetivos: superar

déficits, desenvolvendo autogerenciamento e autocontrole; aprimorar o controle por regras e a capacidade de auto-avaliação; elevar a auto-estima das crianças e orientar pais e professores. As autoras ressaltam situações onde a criança com TDAH se comporta de forma adequada, sem apresentar sintomas típicos do transtorno, devem, também, ser analisadas, pois podem fornecer dados importantes, servindo como “situações-chave” para que se possa aumentar as contingências positivas (HUBNER; MARINOTTI, 2004).

Na intervenção escolar, o professor é um dos agentes principais no processo, uma vez que é na escola que a criança com TDAH apresenta dificuldades significativas, sejam acadêmicas, comportamentais ou sociais. O sucesso na sala de aula exige uma série de intervenções e, assim como os pais, os professores devem ter esclarecimentos e informações acerca da natureza do quadro, discriminando incompetência e desobediência do TDAH.

As intervenções comportamentais sugerem a apresentação de reforços (como elogios e recompensas) para comportamentos adequados, assim como: estabelecer previamente conseqüências para o não cumprimento de tarefas e regras; apresentar uma nova tarefa quando o aluno estiver agitado, frustrado ou atrapalhando a classe; permitir que o aluno saia para dar uma volta ou beber água (ROHDE; DORNELES; COSTA, 2006). Esses autores alertam que modificações no ambiente também podem reduzir as distrações e ajudar o aluno a permanecer atento. Essas modificações referem-se a atitudes como colocar o aluno sentado próximo ao professor, em turmas menores e encontrar um meio-termo entre a escassa motivação visual e estímulos em excessos.

Barkley (2002) sugere alguns comportamentos ao professor podem contribuir para o desenvolvimento da criança com TDAH em sala de aula: apresentar tarefas com mais estímulos (variando as cores, formas e texturas), pois ajuda a aumentar a atenção, reduzir o comportamento disruptivo e melhorar o desempenho total; intercalar tarefas passivas ou pouco interessantes com tarefas ativas ou de grande interesse porque, exigem uma resposta

ativa, permitindo que a criança apresente respostas construtivas; o tempo para realização de uma tarefa deve ser curto, de acordo com a capacidade de atenção da criança; organizar aulas breves que permitam a participação ativa da criança, possibilitando maior atenção; introduzir momentos breves de exercícios físicos, reduzindo a fadiga e monotonia que crianças com TDAH apresentam em períodos longos de atividade acadêmica e, utilizar materiais de instrução direta, como treinamento de habilidades acadêmicas importantes. Também é importante consequenciar imediatamente as respostas da criança com TDAH; evitar a punição e utilizar com mais frequência reforços positivos para o comportamento da criança; revisar as regras antes de prosseguir com novas tarefas e incentivá-las a repetir; utilizar sistemas de recompensas de fichas durante o ano escolar inteiro.

Esse último comportamento citado vêm apresentando resultados eficazes, que consiste em reforçar as respostas adequadas da criança através de contingências, isto é, são estabelecidos pontos para cada tarefa que a criança deverá executar, que poderão ser acumulados no decorrer das atividades. Em função da quantidade de pontos obtidos, estes serão trocados por recompensas de pequeno, médio ou grande valor. Esta estratégia, além de aumentar a motivação das crianças na realização das tarefas também permite trabalhar a impulsividade e o autocontrole, em um prazo médio ou longo, uma vez que estas crianças apresentam dificuldade em adiar a gratificação e tendem a trocar baixa quantidade de pontos por uma recompensa menor (KNAPP; LYKOWSKI; JOHANNPETER; CARIM; ROHDE, 2003). Os autores também chamam a atenção para a utilização desse sistema nas tarefas de casa, que são essenciais na intervenção comportamental em crianças com TDAH e tem como objetivo permitir que elas exercitem o que estão aprendendo.

Rohde, Dorneles e Costa (2006) mencionaram um programa elaborado pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos intitulado “Ensinando Crianças com TDAH”. De acordo com este programa, para facilitar a participação da criança na sala de aula é

necessário: esclarecê-la quanto às expectativas do professor na realização de cada atividade; estabelecer rotinas de forma clara e com períodos de descanso previamente definidos; utilizar reforços para definir e manter as regras e expectativas; fornecer instruções de forma direta, clara e curta; ajudar o aluno a adquirir todos os materiais necessários para a realização da tarefa; dividir as atividades em unidades menores; dar início às aulas com atividades que requerem maior nível de concentração e monitorar o tempo da tarefa. É importante, também, propiciar um ambiente tranquilo; oferecer mais tempo aos alunos; colocar poucas atividades por página e orientar para que o aluno reveja as respostas.

Benczik e Bromberg (2003) também levantam aspectos que devem estar presentes numa sala de aula bem estruturada e que podem contribuir para o processo ensino-aprendizagem do aluno com TDAH: quantidade adequada de estímulos (nem em excesso e nem escasso); evitar carteiras em filas, que dificultam a visibilidade e o acesso; colocar cartazes com orientações sobre as regras e atividades. Estas são estratégias efetivas, pois a criança necessita ser lembrada das regras constantemente. Outro aspecto destacado por esses autores é a necessidade de fornecer tarefas iguais a todos, utilizando o mesmo livro no mesmo momento. Em relação a alocação do aluno em sala de aula, eles sugerem que o aluno com TDAH se sente próximo ao professor, distante de locais que facilitam a distração, junto a alunos tranquilos que podem ajudá-lo e devem ser supervisionados na organização das atividades e do tempo a ser destinado a ela. Quanto ao professor, orientam que ande pela sala e use a proximidade física para favorecer a disciplina ou o foco de atenção do aluno, facilitando avisá-los das regras combinadas.

Alguns aspectos que a programação de uma aula deve contemplar são propostos por Benczik e Bromberg (2003): estabelecer uma rotina clara, com períodos de descansos; definir regras e expectativas de forma clara; utilizar reforços para definir e manter as regras e expectativas; fornecer orientações e instruções diretas, claras e curtas; estabelecimento de

consequências para o não cumprimento de tarefas ou regras e para o comportamento adequado, reforçando as reservas comportamentais do aluno; o foco mais no processo do que no produto; utilização de técnicas preventivas (como músicas ou redirecionamento do aluno para uma nova atividade ou situação) de situações conflituosas ou de comportamento disruptivo; utilização de técnicas de ensino ativo no processo ensino-aprendizagem; o conteúdo deve ser passado passo-a-passo, para evitar passagens abruptas de tarefas fáceis para muito complicadas; atividades mais interessantes devem ser alternadas com àquelas menos interessantes e devem-se evitar tarefas monótonas e repetitivas; retorno constante e imediato; incentivo de leituras em voz alta e falar por tópicos, o que contribui para a organização de idéias; fornecimento de outras opções de atividades para os alunos que completam o trabalho mais cedo e, não passar uma tarefa que o aluno não seja capaz de fazer.

A emissão de comportamentos disruptivos de crianças com sinais sugestivos de TDAH é facilitada pelas características das situações nas quais estas crianças estão envolvidas. Assim, tarefas restritivas e/ou complexas e baixo nível de estimulação são características que contribuem para a ocorrência de problemas comportamentais. Por outro lado, o reforço imediato e de alta magnitude, assim como o atendimento individualizado, ajuda a melhorar o desempenho das crianças (VASCONCELOS, 2002).

Uma pesquisa com um menino de 10 anos que apresentava comportamentos inadequados como hiperatividade, competitividade e agressividade em casa e na escola, foi realizada por Queirós e Guilhardi (2002), com o objetivo de reduzir estes comportamentos através de intervenções psicoterápicas. O procedimento consistiu em propiciar a criança condições para observar seus comportamentos e sentimentos, além de observar os comportamentos e inferir os sentimentos dos outros e observar seus comportamentos e sentimentos após o comportamento do outro. A terapeuta consequenciava os tactos¹ adequados com reforçamento social generalizado, apresentava estímulos discriminativos ou

modelos verbais quando os tactos eram distorcidos, oferecia modelos verbais e comportamentais para desenvolver repertórios não competitivos e também consequenciava os repertórios adequados e inadequados já existentes. Para trabalhar com a hiperatividade, o procedimento consistiu em usar reforçamento diferencial para outros comportamentos (DRO) com tempo limitado para disponibilidade de reforço que se iniciou com segundos e reduziu-se até zero nas sessões seguintes. Os resultados evidenciaram cooperação da criança nos jogos e elogios aos desempenhos da terapeuta. Houve redução da hiperatividade e agressividade nas sessões e generalização deste repertório comportamental para a escola e na família.

Os problemas de atenção e hiperatividade/impulsividade interferem direta e indiretamente na aprendizagem constituindo uma realidade de sala de aula constantemente citada pelos professores como de difícil abordagem e intervenção (BIRCH; LADD, 1998). A hiperatividade é mais visível na escola considerando que é esperado, para o desempenho de muitas das atividades propostas, um conjunto de comportamentos que incluem: permanecer sentado; prestar atenção; ater-se à tarefa, etc. Por isso, o professor acaba sendo um dos agentes mais importantes para sua identificação. Porém, na prática tem-se observado o aumento crescente de crianças identificadas pelo professor com o transtorno, que são encaminhadas pelos pais para neurologistas que acabam referendando o encaminhamento lançando mão, de terapia medicamentosa. Todavia, nem sempre a criança preenche todos os requisitos para o transtorno, sendo medicada e rotulada desmerecidamente.

Sabendo que o TDAH é um problema de saúde pública atual e diagnosticado incorretamente por muitos profissionais, pretende-se com este trabalho contribuir para que o professor saiba identificar adequadamente seus alunos e intervir pontualmente nos problemas

¹ Tactos: resposta verbal controlada por estímulos discriminativos não-verbais.

de comportamento apresentados que poderiam contribuir para o baixo desempenho escolar. Identificar e intervir na sala de aula não é uma tarefa fácil. É importante que todos (pais, professores e profissionais) acompanhem a evolução da criança e programem estratégias efetivas. Entendemos que o grande objetivo da escola e da educação é ajudar os sujeitos aprendizes a se tornarem autores de sua vida, que sejam resilientes, para conseguirem vencer obstáculos em diferentes áreas de suas vidas: emocional, social, familiar, escolar.

Considerando que o professor é um importante agente na identificação e posterior encaminhamento de crianças, esse trabalho pretende conhecer o que ele sabe sobre o TDAH, auxiliá-lo a identificar corretamente as crianças que apresentam esse transtorno e proporcionar-lhes estratégias de manejo comportamental em sala de aula. Este trabalho pretende, então, responder as questões: Como o professor define TDAH? O professor sabe identificar sinais sugestivos de TDAH em seus alunos? É possível melhorar o nível de informação do professor sobre TDAH? e, conseqüentemente, melhorar sua capacidade de identificação das crianças?

Dupaul e Stoner (2007) ressaltam que todos os educadores devem possuir, no mínimo, competências básicas para identificar essas crianças e criar programas educacionais eficientes para atender às suas necessidades, ajudando-as a se tornarem cidadãos bem-sucedidos e produtivos.

Neste sentido, este trabalho foi dividido em dois estudos. O Estudo 1 “Concepções dos Professores do Ensino Fundamental sobre TDAH”, teve como objetivo descrever como professores de ensino fundamental definem TDAH, identificam os seus sintomas e a frequência de encaminhamentos de possíveis crianças indicadas como portadores de TDAH. O Estudo 2 “Proposta de intervenção pedagógico-comportamental para professores do Ensino Fundamental”, procurou verificar a eficácia de um programa interventivo pedagógico-

comportamental sobre TDAH para professores do ensino fundamental, bem como, avaliar o desempenho cognitivo e escolar de crianças indicadas com TDAH².

² Projeto aprovado pelo Comitê de Ética (Anexo 1).

ESTUDO 1

ESTUDO 1: CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE TDAH

1. OBJETIVO

O presente estudo pretendeu descrever como professores de ensino fundamental definem TDAH, identificam os seus sintomas e a frequência de indicações de crianças possíveis portadoras de TDAH.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Participaram da pesquisa 39 professores de Ensino Fundamental I, de duas escolas municipais, de uma cidade de porte pequeno, do interior do Estado de São Paulo.

A Tabela 1 descreve as idades, tempo de profissão e formação acadêmica dos participantes, em cada Escola. Dos 39 professores que participaram da pesquisa, 20 deles (51%) lecionam na Escola 1 e 19 (49%) na Escola 2. Em ambas as escolas prevalecem professores com idades entre 30 a 39 anos (40% na Escola 1 e 79% na Escola 2) sendo que os professores da Escola 2 são majoritariamente mais jovens. Com relação ao gênero, apenas dois professores (5%) são do sexo masculino, sendo cada um de uma escola, com idades entre 30 a 39 anos.

Com relação ao tempo de profissão, nota-se que, em ambas as escolas, mais da metade dos professores (75% da Escola 1 e 63% da Escola 2) tem de 11 a 20 anos de experiência.

Observa-se que os professores da Escola 2 se envolvem mais em cursos de formação continuada (99%) e de Especialização (47%).

Tabela 1 - Informações sobre os professores que participaram do Estudo 1.

Idades	Escolas			
	1		2	
20 a 29	10%	2	5%	1
30 a 39	40%	8	79%	15
40 a 49	35%	7	16%	3
Mais de 50	15%	3	0	0
Total	100%	20	100%	19
Tempo de profissão				
1 a 10 anos	25%	5	37%	7
11 a 20 anos	55%	11	53%	10
21 a 30 anos	20%	4	10%	2
Total	100%	20	100%	19
Formação				
Magistério (Ensino Médio)	90%	18	100%	19
Graduação	90%	18	79%	15
Pedagogia	50%	10	32%	6
Letras	20%	4	32%	6
Outros (Serviço Social, Geografia, Educação Física, Física e Biologia)	20%	4	15%	3
Cursos rápidos	40%	8	99%	19
PCN	15%	3	38%	13
Formação do leitor crítico	5%	1	0	0
Não especificado	20%	4	12%	6
Especialização	35%	7	47%	9
Psicopedagogia	25%	5	5%	1
Não especificado	10%	2	42%	8

2.2. Materiais

2.2.1. Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno

Neste protocolo, elaborado para esse estudo, depois do espaço para o nome do professor e a data, foi proposta a questão: *O que é TDAH para você?*, seguido de linhas para a

resposta. Abaixo havia um espaço para o professor indicar aqueles alunos que ele julgava portadores de TDAH, informando seu desempenho escolar (Anexo 2).

2.2.1. Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH

O Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH (Anexo 3) constou de duas partes: na primeira, requeria-se os dados demográficos do professor e, na segunda, havia 50 afirmações, 30 sobre sintomas de TDA, TDH e TDAH e 20 de outras patologias, com um espaço para que o professor as assinalassem.. Esse inventário foi elaborado especialmente para esta pesquisa, a partir dos comportamentos descritos no DSM-IV (2002) e contou com a participação de um professor da disciplina de Psicopatologia da UNESP-Bauru.

2.3. Local

A coleta de dados foi realizada nas dependências das duas escolas municipais, mais especificamente, na sala dos professores ou na sala onde eram realizados os Horários de Trabalho Pedagógico Coletivos (HTPCs).

2.4. Procedimento para a aplicação dos instrumentos

Considerando que as escolas em questão eram municipais, foi solicitada à Secretaria de Educação do Município a permissão (Anexo 4) para a realização da pesquisa nas mesmas. A partir da obtenção da permissão, foi feito contato com os diretores e coordenadores que intermediaram a apresentação da pesquisadora aos professores e os convidaram a participar de

uma reunião para a divulgação do projeto. Nesta, a pesquisadora descreveu as etapas do projeto, seus objetivos, procedimentos, assim como os possíveis benefícios gerados pela pesquisa. A partir do aceite, depois de redimidas todas as dúvidas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CONEP (Modelo no Anexo 5).

A execução do presente projeto constou de duas etapas, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição das etapas do projeto para o Estudo 1.

<i>Etapas</i>	<i>Participantes</i>	<i>Atividades</i>
1ª.	39 professores	Aplicação do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”
2ª.	39 professores	Aplicação do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”

Os professores foram convidados a responder ao “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno” e o “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”. A aplicação dos dois instrumentos foi realizada em período de HTPC, em cada escola, coletivamente, porém foi solicitado que respondessem o questionário individualmente. A pesquisadora entregou todos os inventários e leu em voz alta as informações necessárias para a aplicação do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”, resolvendo as dúvidas e, posteriormente, solicitou que cada professor assinalasse os comportamentos referentes ao TDAH e seus subtipos (TDAH predominantemente desatento–TDA; TDAH predominantemente hiperativo-impulsivo – TDH ou H e TDAH combinado). Após o término do primeiro instrumento, a pesquisadora entregou o “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”, procedendo às informações necessárias para o seu preenchimento, respondendo as dúvidas apresentadas.

2.5. Procedimentos para a análise dos dados

A análise dos dados gerados pelo “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH” foi feita a partir da contagem de acertos determinados pelas marcações feitas nos sintomas para TDA, TDH, TDAH e na ausência de marcação para os sintomas de outras patologias, conforme mostra o Quadro 3. O Anexo 6 contém as questões referentes a cada conjunto (TDA, TDH, TDAH e outras patologias).

Quadro 3 - Questões referentes ao TDA, TDH, TDAH e outras patologias.

<i>Questões</i>	<i>TDAH, seus subtipos e outras psicopatologias</i>	<i>Número de questões correspondentes</i>
01, 05, 09, 15, 21, 22, 30, 31, 35	TDA	9
06, 10, 11, 16, 23, 33, 37, 38, 39	TDH	9
07, 13, 18, 24, 26, 27, 32, 41, 44, 45, 47, 50	TDAH	12
		Total = 30
02, 03, 04, 08, 12, 14, 17, 19, 20, 25, 28, 29, 34, 36, 40, 42, 43, 46, 48, 49	Outras patologias	20
		Total = 20

Os dados retirados do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno” foram organizados da seguinte forma: as definições foram listadas e organizadas a partir da identificação de categorias e os alunos indicados foram organizados, em tabelas, por professores e por escola.

3. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo descreverão quanto os professores de ensino fundamental identificam os sintomas de TDAH, analisando os resultados do “Inventário para

identificação de sintomas de TDAH”, como definem TDAH e quantos alunos da sua classe eles julguem com o transtorno, descrevendo os resultados obtidos a partir das respostas dadas no “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”.

3.1. Resultados da aplicação do “Inventário para identificação de sintomas de TDAH”

Para verificar se o professor conhece os sintomas do TDAH e diferencia esse quadro de outras psicopatologias, foi aplicado o “Inventário para identificação de sintomas de TDAH”.

A Figura 1 apresenta os desempenhos dos professores no instrumento divididos por escola. À esquerda, estão os resultados dos 20 (51%) professores da Escola 1 e, à direita, dos 19 (49%) professores da Escola 2.

Observa-se que, dos professores que lecionam na Escola 1, apenas um professor (5%) acertou mais de 81% das questões, 50% deles acertaram de 71 a 80% das questões, 20% acertaram entre 61 a 70%, 10% deles obtiveram entre 51 a 60% de acertos, e 15% acertaram de 41 a 50% das questões. Nenhum professor acertou menos de 40% das questões.

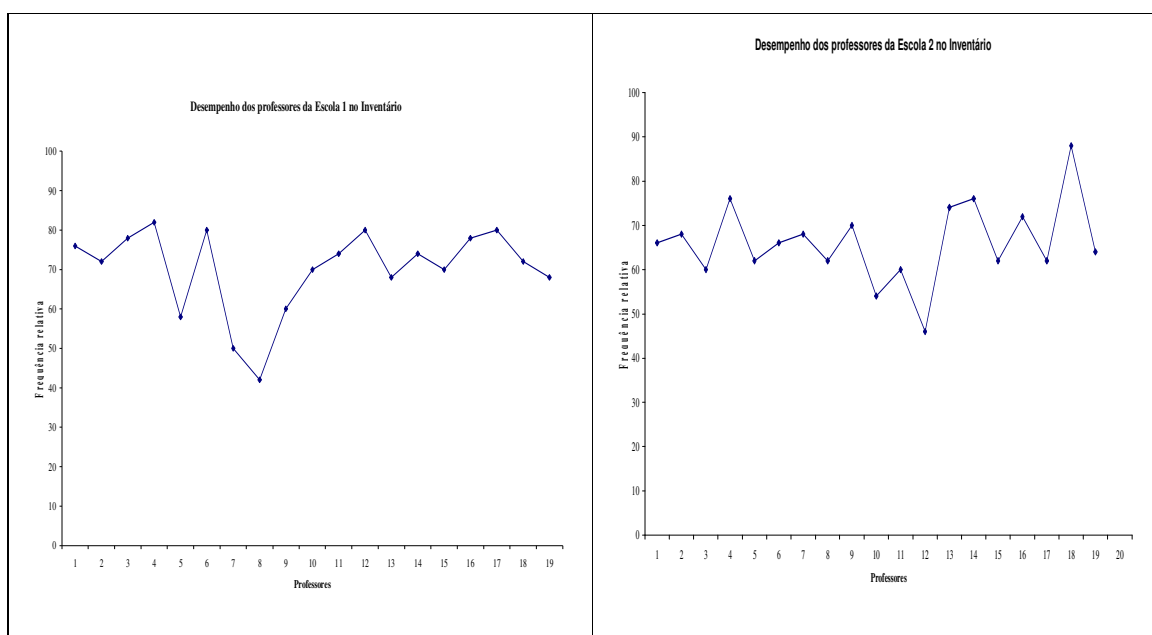


Figura 1a e 1b- Resultado dos professores no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH.

Na Figura 2 estão representados os percentuais de acertos dos participantes. Dos professores da Escola 2, 5% acertaram de 41 a 50%, 11% entre 51 e 60%, 58% dos professores acertaram entre 61 e 70% das questões, 21% deles entre 71 a 80% e apenas um professor (5%) acertou 88% das questões.

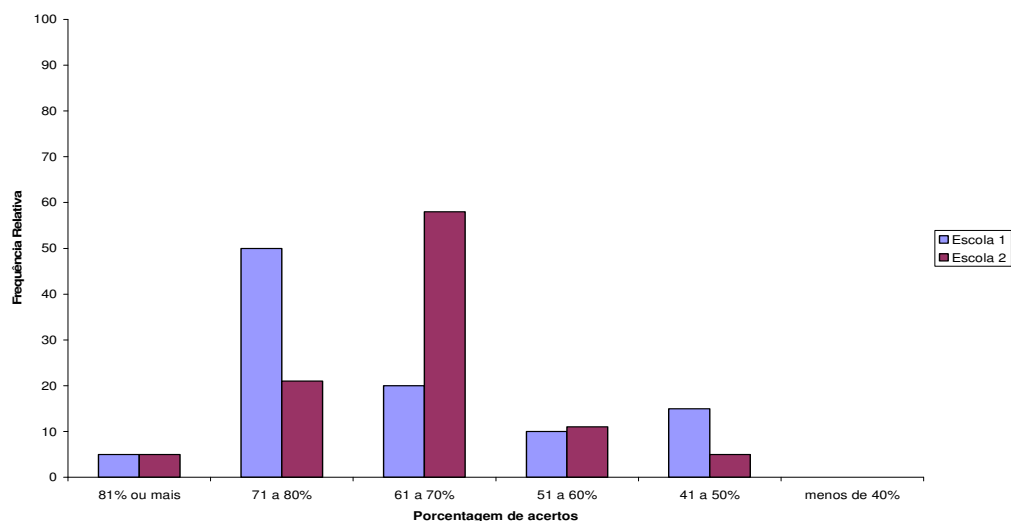


Figura 2 - Frequência relativa dos acertos no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH, por escola.

A Figura 3 mostra o desempenho dos professores nas questões do Inventário.

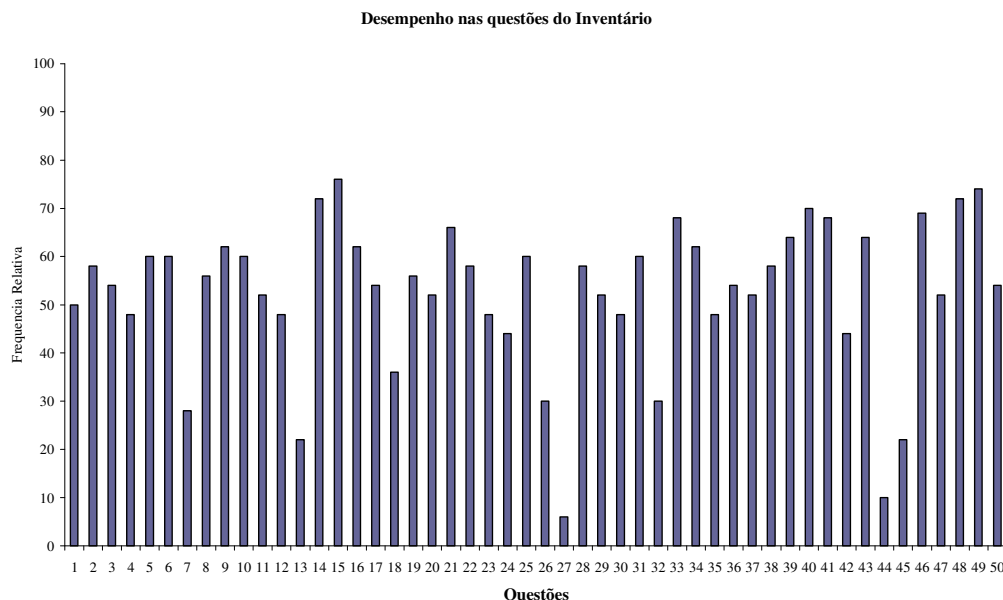


Figura 3 - Desempenho geral dos professores, referente à totalidade das questões, no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH.

A análise dos gráficos permitiu a identificação das questões que os professores mais acertaram ou erraram. Apenas 6% dos professores acertaram a questão 27, “*Apresenta percepção sensorial diminuída*” e 10% a questão número 44 “*Apresenta problemas de sono*”. A maior parte dos professores (76%) assinalou a questão número 15 “*É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa*” e 74% não assinalaram a questão 49 “*Apresenta comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível*”.

O desempenho dos professores variou de escola para escola. Houve uma diferença grande entre as porcentagens de acertos para cada uma das questões.

A construção do Inventário permitiu uma análise separada do conjunto de questões referente ao TDA, TDH, TDAH ou outras patologias, conforme descrito no Método. A

mesma foi conduzida com o objetivo de verificar o percentual de acertos dos professores de cada escola, para cada transtorno específico, assim como para o conjunto deles. As Tabelas 2 e 3 mostram esses dados.

Tabela 2 - Distribuição dos acertos, por escola e por transtorno avaliado no inventário. Os números entre parênteses referem-se às questões analisadas.

Acertos	TDA		TDH		TDAH		Geral		Outras Patologias	
	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2
81% ou mais	56 % (9,15,21, 22,31)	23% (5,15)	44% (10, 11, 16, 39)	22% (16,33)	8% (41)	8% (41)	33% (9,15,21,22, 31,10, 11, 16, 39,41)	17% (5,15,16, 33, 41)	25% (43,48,49, 14,19,28)	35% (49,40, 46, 48,14,19, 28)
71 a 80%	0	11% (21)	44% (6,33,37,38)	34% (6,38,39)	8% (50)	0	17% (6,33,37, 38,50)	14% (21,6,38, 39)	25% (34,46,4, 25,29)	30% (2,3,25,34, 36,43)
61 a 70%	33% (1,5,30)	44% (1,22,31,3 5)	0	22% (10,23)	18% (47,24)	8% (47)	17% (1,5,30, 47,2)	23% (1,22,31, 35, 10,23,47)	25% (20,2,3, 8,17)	15% (12,17,,20)
51 a 60%	11% (35)	11% (30)	12% (23)	11% (37)	8% (18)	8% (50)	10% (35,23,18)	10% (30,37,50)	25% (36,42,12, 19,28)	10% (29,42)
41 a 50%	0	11% (9)	0	11% (11)	8% (26)	17% (24,32)	3% (26)	14% (9,11,24, 32)	0	10% (4,8)
31 a 40%	0	0	0	0	8% (7)	34% (7,13,18, 45)	3% (7)	14% (7,13,18, 45)	0	0
21 a 30%	0	0	0	0	34% (13,27,32,4 5)	8% (26)	14% (13,27,32,4 5)	3% (26)	0	0
menos de 20%	0	0	0	0	8% (44)	17% (27,44)	3% (44)	5% (27,44)	0	0

Tabela 3 - Distribuição dos acertos para cada um dos transtornos, considerando as escolas.

Acertos	TDA		TDH		TDAH		Geral		Outras patologias	
	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2	Escola 1	Escola 2
81% ou mais	56%	23%	44%	22%	8%	8%	33%	17%	25%	35%
71 a 80%	0	11%	44%	34%	8%	0	17%	14%	25%	30%
61 a 70%	33%	44%	0	22%	18%	8%	17%	23%	25%	15%
51 a 60%	11%	11%	12%	11%	8%	8%	10%	10%	25%	10%
41 a 50%	0	11%	0	11%	8%	17%	3%	14%	0	10%
31 a 40%	0	0	0	0	8%	34%	3%	14%	0	0
21 a 30%	0	0	0	0	34%	8%	14%	3%	0	0
menos de 20%	0	0	0	0	8%	17%	3%	5%	0	0
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Uma análise geral mostra que os professores, independente da escola, identificam mais os sintomas TDH e menos os de TDAH. Os professores da Escola 1 (56% acertaram 81% ou mais) identificaram melhor os sintomas de TDA que os da Escola 2 (23% acertaram 81% ou mais) que, por sua vez, identificaram melhor (65% dos professores da Escola 2 acertam 70% ou mais) patologias que não são TDAH, TDH ou TDA do que os professores da Escola 1 (50%).

3.2. Resultados da aplicação do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”

No “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno” foi solicitado que os professores escrevessem o que entendiam por TDAH. As

definições foram lidas e 138 aspectos identificados, que resultaram em seis categorias, as quais foram organizadas conforme descrição da Tabela 4 que contém, também, as porcentagens relativas à frequência de cada uma delas. As categorias detalhadas estão no Anexo 7

Tabela 4 - Categorias que indicam a definição de TDAH pelos professores.

Nº	Categorias	Quantidade de Respostas	Frequência relativa das respostas
1	Sem informação.	4	2%
2	Definições que se referem à inadequação do comportamento da criança no geral, sem descrevê-los, ressaltando sua inadequação com relação à idade ou à situação.	11	8%
3	Definições que se referem às consequências para a criança da presença do TDAH e seus subtipos que impedem ou dificultam o relacionamento social ou a aprendizagem.	33	24%
4	Definições que se referem aos comportamentos observados que acontecem em excesso ou déficit.	48	35%
4a	Excesso comportamental.	44	32%
4b	Déficit comportamental.	4	3%
5	Definições que se referem aos comportamentos relatados que são diretamente ligados à aprendizagem (ou às atividades acadêmicas), que impedem ou dificultam sua ocorrência.	33	24%
6	Definições que se referem aos comportamentos emocionais.	10	7%
Total		138	100%

A categoria mais freqüente se refere aos comportamentos que acontecem em excesso ou falta, sendo que os primeiros foram os mais numerosos (32% do total) como, por exemplo:

“agitado, inquieto...” (Professores: 02, 07, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36).

“muito quieto” (Professores 26, 34).

A segunda categoria mais freqüente se refere às definições que indicam as conseqüências da presença do TDAH, como, dificuldade de contato social ou impedimento da aprendizagem (sem especificar o comportamento apresentado), como nos exemplos a seguir.

“prejudica o relacionamento social e irrita os colegas” (Professores: 4, 8, 13, 17, 21, 29, 32, 35 e 36).

“dificulta a realização de tarefas do dia a dia, de rotina” (Professores: 8, 13, 14, 15, 17, 21 e 23).

A outra categoria, tão freqüente quanto à anterior, refere-se aos relatos que especificam comportamentos diretamente ligados às atividades acadêmicas, que impedem ou dificultam a aprendizagem, como por exemplo:

“não presta atenção” (Professores: 1, 2, 6, 8, 10, 16, 17, 18, 22, 23, 28, 30 e 35).

“dificuldade de concentração” (professores: 1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 24, 29, 31, 36, 37).

A Figura 4 mostra a distribuição das categorias analisadas.

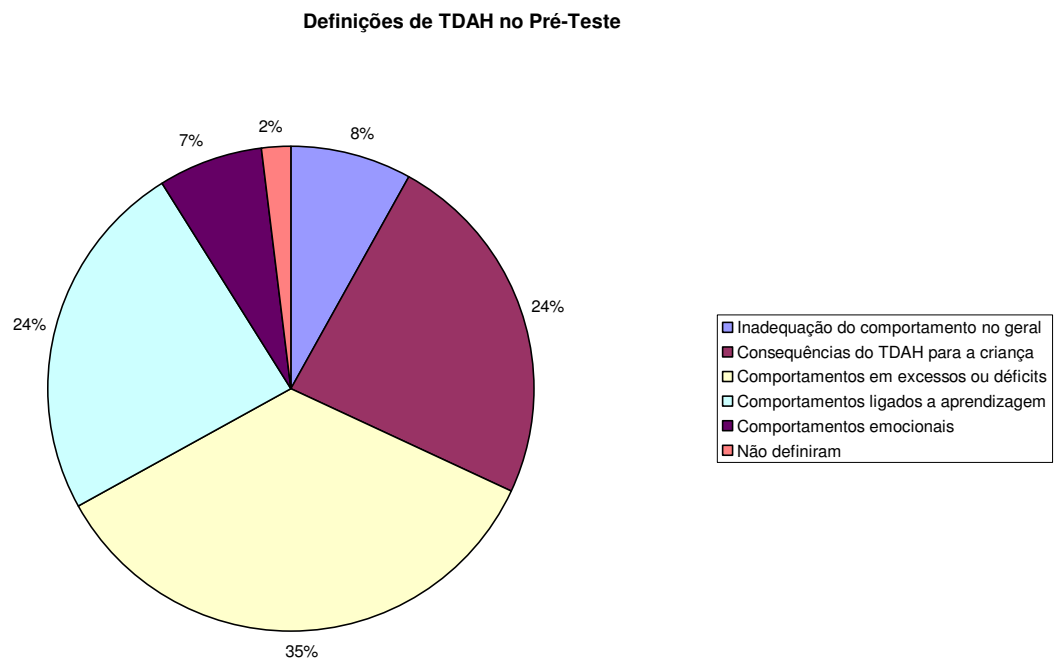


Figura 4 - Categorias que definem TDAH, segundo os professores.

Ao comparar as definições feitas com as descrições presentes no DSM IV, constatou-se que 77% dos professores responderam de forma “parcialmente correta”, isto é, mencionaram, pelo menos, algum dos sintomas presentes no transtorno, 13% responderam incorretamente e 10% não responderam (Anexo 8).

Um outro dado obtido nesse protocolo permitiu quantificar os alunos com TDAH, segundo o conjunto dos 39 professores. Os professores das duas escolas indicaram 138 crianças, sendo 63 alunos (46%) da Escola 1 e 75 (54%) da Escola 2. Na Escola 1, foram considerados com o transtorno 43 meninos (68%) e 20 meninas (32%) e na Escola 2, foram indicados 53 meninos (71%) e 22 meninas (29%). Observa-se na Figura 5 que em ambas as escolas houve maior número de diagnósticos de meninos do que de meninas.

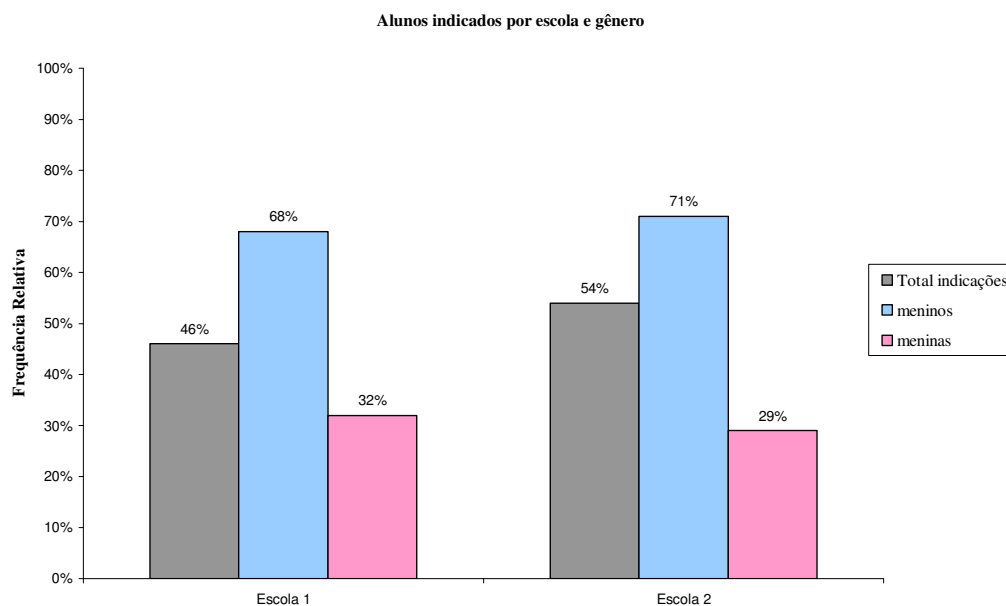


Figura 5 - Quadro dos alunos com TDAH indicados pelos 39 professores.

Considerou-se as indicações comparando-as por série e o número de alunos por sala. Na Escola 1 a média era de 25 alunos por sala enquanto que na Escola 2 a média era de 33 alunos por sala. A Figura 6 permite observar que nas duas escolas a maior frequência de alunos indicados veio das Salas de Reforço. Na Escola 1 a professora apontou 87% dos seus alunos e na Escola 2 a professora indicou 64%. Outro dado que chama a atenção nas duas escolas é que, depois das Salas de Reforço, as salas com mais casos de suspeita do transtorno foram as da 3ª série com 14% das crianças da série na Escola 1 e 24%, nas 3ªs séries da Escola 2. Na Escola 2 observou-se, também, um alto índice de casos (22%). Estes dados, em detalhe, estão no Anexo 9.

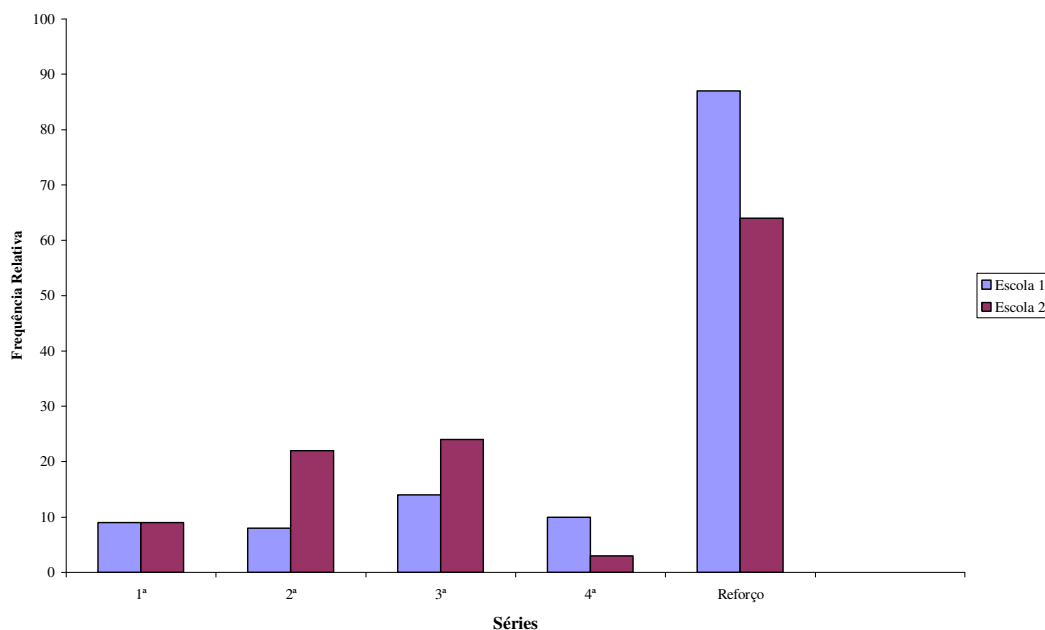


Figura 6 - Distribuição dos alunos indicados por série.

Após o levantamento dos possíveis alunos portadores de TDAH, os professores responderam sobre o desempenho escolar de seu aluno, se está acima da média esperada, na média, abaixo ou se não possui informação a respeito. De acordo com esses dados, 43% das meninas apresentam desempenho abaixo da média, 30% na média, 25% com desempenho não informado pelos professores e 2% delas estão acima da média. Em relação aos meninos, 71% demonstram desempenho abaixo da média, 20% na média, de 8% deles os professores não informaram o desempenho e apenas 1% dos meninos estão acima da média.

Para os professores, a maioria (71%) dos meninos indicados como portadores de TDAH, apresenta, concomitantemente, desempenho acadêmico abaixo da média esperada, enquanto 43% das meninas julgadas com o transtorno possuem desempenho abaixo da média, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Desempenho acadêmico dos alunos, por gênero, segundo indicação dos professores.

Desempenho	Meninas	Meninos
Acima da média	2%	1%
Média	30%	20%
Abaixo da média	43%	71%
Sem informação	25%	8%
Total	100%	100%

A Tabela 6 descreve o desempenho acadêmico dos alunos indicados pelos professores como portadores de TDAH, separados por escola. Na Escola 1, 46% dos alunos têm desempenho abaixo da média, 37% na média, 14% sem a opinião dos professores e 3% dos alunos apresentam desempenho acima da média. Já para a Escola 2, 76% dos alunos indicados, segundo os professores apresentam desempenho abaixo da média, 12% na média e 12% sem relato dos professores sobre o desempenho.

Tabela 6 - Desempenho acadêmico dos alunos separados por escola, segundo indicação dos professores.

	Sem informação	
Desempenho	1	2
Acima da média	3%	0
Média	37%	12%
Abaixo da média	46%	76%
Sem informação	14%	12%
Total	100%	100%

O fato de o professor classificar, como portador de TDAH, um grande número de alunos pode ser reflexo da sua falta de informação sobre os sintomas do transtorno. Por isso, optamos por comparar os resultados dos professores no inventário, que avaliava o quanto eles

dominavam o assunto, com o número de crianças indicadas. A Tabela 7 mostra, por escola, a média de alunos indicados e a média de pontos no inventário, separando o grupo de professores que indicou até três alunos e o grupo que indicou mais de três alunos. Na Escola 1 sete professores indicaram mais que três alunos e 13 indicaram até três alunos. Na Escola 2 oito professores indicaram até três alunos e 11 indicaram mais de três alunos. Observamos que na Escola 1 os professores que tiveram até três alunos tiveram uma média maior de acertos no inventário, sugerindo que o conhecimento dos sintomas faz com que o professor selecione um menor número de alunos com TDAH. Porém, isso não foi observado entre os professores da Escola 2, cujo grupo de professores que apontou mais casos do transtorno teve uma média maior de pontos no inventário do que os que apontaram menos alunos.

Tabela 7 - Distribuição das médias das indicações e da pontuação obtida no Inventário

Indicações	Escola 1		Escola 2	
	Indicados	Inventário	Indicados	Inventário
Até 3 alunos	1,9	69,7	1,09	64,18
3 ou mais alunos	6,0	66	7,8	68,75

4. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu analisar as concepções de professores do ensino fundamental sobre TDAH. Ainda que as crianças estejam freqüentando precocemente a escola, participando da educação infantil, é no ensino fundamental que os sintomas de TDAH aparecem com clareza, pois o tempo em sala de aula é maior e comportamentos como, permanecer sentado durante um longo tempo ou desenvolver um conjunto de atividades sistemáticas, favorecem a percepção dos sintomas. Barkley (2002) ressalta a importância da informação sobre TDAH para os professores, evitando a confusão entre crianças

desobedientes e crianças com TDAH. Para ele, a conduta inadequada do professor pode dificultar o sucesso acadêmico destas crianças.

A aplicação do “Inventário para identificação de sintomas de TDAH” para os professores de duas escolas de ensino fundamental, de uma cidade paulista de pequeno porte, mostrou que a maioria dos professores, tem dificuldades em diferenciar os sintomas para TDAH. Considerando os professores das duas escolas no inventário, percebe-se um melhor desempenho nos professores da Escola 1, pois 50% deles acertaram de 71 a 80% das questões. Já na Escola 2, pouco mais da metade dos professores, 58%, acertaram de 61 a 70% das questões do inventário. Em ambas as escolas, apenas um professor (5%) obteve percentual acima de 80% de acertos. Os resultados parecem indicar que os professores da Escola 1 são mais informados e confundem menos o TDAH com outras psicopatologias, porém, em ambas as escolas não houve um número significativo de acertos que demonstrasse domínio em identificar e diferenciar o TDAH.

A análise da quantidade de acertos, por questão, mostrou que não há um conjunto expressivo de comportamentos pertencentes ao TDAH ou, ainda, a outras patologias, que os professores dominem. Variaram muito os acertos para cada questão. Em apenas três delas os professores apresentaram consenso.

Analisando, separadamente, as questões referentes à TDA, TDH, TDAH e outras patologias, observou-se que os professores acertaram mais sobre TDH e menos sobre TDAH. Os da Escola 1 foram mais competentes em identificar os sintomas de TDA, e os professores da Escola 2 o foram para identificar “outras patologias”.

A análise das definições de TDAH foi feita para o conjunto dos professores (39), sem especificar as escolas. Observa-se que as definições se referem principalmente, aos excessos comportamentais (exemplo: “agitado, inquieto...”), suas conseqüências na aprendizagem ou em relacionamentos sociais (exemplo: “prejudica o relacionamento social e irrita os colegas”)

e comportamentos diretamente relacionados à aprendizagem (exemplo: “não presta atenção”). A maioria dos professores define o TDAH, porém, ainda são definições incompletas, pautando-se no senso comum.

Os professores da Escola 2 são mais jovens e participam com mais frequência de cursos rápidos (99%) e de Especialização (47%) do que os professores da Escola 1. Apesar de se revelarem mais ativos e empenhados na busca de conhecimentos, os professores da Escola 2 mostraram piores desempenhos em todos os instrumentos deste estudo.

O conhecimento dos sintomas de TDAH passa pela identificação correta deles no repertório comportamental dos alunos. A indicação dos alunos deve responder a esta questão: o professor que conhece os sintomas sabe identificá-lo corretamente no aluno?

Após a indicação dos possíveis alunos com TDAH, nota-se que os professores da Escola 2 indicaram mais alunos (54% do total) do que as professoras da Escola 1 (46%) e, entre os indicados das duas escolas, a maioria corresponde a meninos (Escola 1, 68% e Escola 2, 71%). A diferença de indicações entre as escolas não foi estatisticamente significativa.

Nas duas escolas, a maioria dos alunos considerados portadores do transtorno pertence à terceira série e às salas de reforço. A alta concentração nas salas de reforço pode ser explicada pelo fato de serem formadas por crianças retiradas da classe regular, por apresentarem problemas de comportamento. Ao contrário do que se espera, essas turmas freqüentam a escola no mesmo horário que as outras, ou seja, não se trata de um trabalho complementar, pois o aluno deixa de assistir às aulas regulares para fazer parte desse outro grupo.

De acordo com as Diretrizes Nacionais (1996) a Sala de Reforço é um serviço de apoio pedagógico especializado, no qual o professor realiza a complementação ou suplementação curricular, usando procedimentos e materiais específicos (Ministério da Educação, 2001). Neste sentido, é preconizado que seja um ambiente com equipamentos,

materiais e recursos pedagógicos específicos à natureza das necessidades especiais do aluno. Nesse ambiente se oferece a complementação do atendimento educacional realizado em classes do ensino comum, por professores especializados. Nesta sala deverão ser atendidos os alunos de diversas faixas etárias, matriculados em diferentes níveis ou tipo de ensino, sempre que necessitarem de atendimento especializado. O atendimento em Sala de Reforço deverá ser realizado no turno inverso ao da classe comum ou especial do ensino regular.

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96 dedica um capítulo específico à educação especial, deixando bem claro o papel e as obrigações das instituições sobre a adequação do ensino aos alunos com necessidades especiais, entre as quais poderíamos incluir os alunos com TDAH, embora esse transtorno não seja citado.

O artigo 59 determina que: “Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: currículos, métodos, técnicas e recursos educativos, para atender às suas necessidades; professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns”.

Quanto ao que diz respeito aos alunos que devem ser apoiados com política de Educação Especial ou, Educandos com Necessidades Especiais, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica se refere:

[...] são aqueles que, durante o processo educacional, demonstram dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: aqueles não vinculados a uma causa orgânica específica e aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências. Dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando adaptações de acesso ao currículo, com utilização de linguagens e códigos aplicáveis, altas habilidades/ superdotação, grande facilidade de aprendizagem [...] (Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na educação Básica, 2001, p. 39).

Portanto, a possibilidade de flexibilidade na implementação de currículos adaptados, com processos de avaliação diferenciados e estratégias individualizadas, é amplamente

prevista e incentivada pelo órgão regularizador. Na maioria das vezes,, a prática tem mostrado que os professores não possuem o nível mínimo de qualificação para lidar com essas crianças. A professora da Sala de Reforço da Escola 1 está cursando Pedagogia e a da Escola 2 tem apenas o curso do Magistério. Mesmo os professores qualificados encontram dificuldades, às vezes, insuperáveis, para fazer as adaptações que se fazem necessárias para atender o aluno com TDAH (ROHDE & MATTOS, 2003). Como fica então a situação do professor que não é habilitado para trabalhar com crianças com necessidades especiais? O TDAH permanece mal-compreendido e controverso nas mentes do público em geral e das autoridades educacionais. A dificuldade começa na identificação e encaminhamento adequado dos alunos, principalmente, porque o transtorno não está descrito de maneira objetiva quanto a sua delimitação e ao uso de critérios para se fazer o diagnóstico, influenciando nos dados que definem a presença do TDAH. Há diferenças na forma de diagnosticar o TDAH entre os seguintes países: EUA, Nova Zelândia, Alemanha, Inglaterra. Taiwan, Itália e outros (ROHDE & MATTOS, 2003).

Considerando as indicações nas demais salas, além das de Reforço, observa-se, que as indicações da Escola 2 foram mais numerosas do que as da Escola 1. Na Escola 1 a média era de 25 alunos por sala enquanto que na Escola 2 a média era de 33 alunos por sala. Em relação à quantidade de alunos por sala, Benczik (2000) alerta que o número excessivo, associado a professores despreparados, é um fator de risco para o desenvolvimento escolar de crianças com TDAH (BENCZIK, 2000). Este dado pode ser confirmado quando se analisa o que os professores dizem sobre o desempenho escolar dos alunos indicados como portadores de TDAH.

De acordo como Estudo 1, dos 39 professores, 20 (51%) são da Escola 1 e 19 (49%) da Escola 2. Estes professores apontaram 75 alunos como sendo portadores de TDAH, dentre o total de 972 alunos que freqüentam essas séries. Os professores indicaram, em média,

14,19% dos alunos de sua sala de aula, sendo na Escola 1 , 13,5% e na Escola 2, 14,8% dos alunos. Considerando o gênero, 4,3% são meninas e 9,9% meninos.

Segundo o DSM-IV, a prevalência de TDAH está entre 5 a 13% das crianças em idade escolar. O resultado de nossa pesquisa mostra que os professores consideram 14,19% das crianças como possíveis portadoras de TDAH. Porém, segundo Jensen e colaboradores (1995;1999), as taxas de prevalência podem variar, de acordo com as fontes de informações. Foi o que aconteceu nos seguintes casos da pesquisa: quando os informantes foram pais e crianças, a taxa de prevalência foi de 15%; quando os informantes foram só os pais, a taxa foi de 11,9%, e quando as fontes de informações foram os pais, professores e profissionais, as taxas de prevalência variaram de 1 a 3%. Portanto, a estimativa de prevalência pode diminuir quando se considera mais de uma fonte de coleta de dados.

Ainda hoje, não há um consenso entre profissionais que trabalham no campo da psicopatologia infantil a respeito da prevalência exata do TDAH na população, apesar de ser considerado um dos transtornos mais comuns na infância. Os dados variam segundo o investigador, o local, os critérios diagnósticos empregados, as fontes de informação, bem como o conceito e definição de TDAH. No Reino Unido, a incidência é inferior a 5%. (CONDEMARIN et al, 2006). Por outro lado, nos Estados Unidos e Canadá, o problema ocupa cerca de 30% das consultas de saúde infantil (SZATAMER et al, 1989).

Apesar de existirem resultados tão diferentes, há um consenso de que a prevalência está próxima de 5% da população infantil, com um predomínio de 3:1 (meninos para meninas), embora isso varie segundo a idade e nível sócio-econômico. Condemarín e colaboradores (2006), analisando o gênero dos alunos indicados, encontraram uma prevalência de 2:1 (dois meninos para uma menina). Breen e Altepeter (1990), em estudo sobre diferenças comportamentais e cognitivas entre meninos e meninas com TDAH, observaram que não houve diferença significativa entre os sexos. O estudo de Rohde e

colaboradores (1999) mostra uma relação entre sexos de aproximadamente 1:1. Já para Breton e colaboradores (1999) mostram a relação de 2:1 (dois meninos para uma menina). Esses autores comentam que o volume maior de meninos pode ser resultado da associação de comportamentos disruptivos. Distribuição das médias das indicações e da pontuação obtida no Inventário, que levariam a uma maior indicação e encaminhamento desses alunos aos profissionais da saúde. Para Rohde e Mattos (2003) o TDAH é mais prevalente em meninos quando se usa o DSM-IV, no entanto esta diferença não é encontrada quando é usado o critério neuropsicológico.

Orjales (2001) afirma que a proporção é de 10:1 (meninos para meninas). Essa diferença existe, segundo o autor, devido os problemas comportamentais apresentados mais pelos meninos.

O conjunto de professores das duas escolas atribuiu desempenho escolar abaixo da média para 68% das meninas e para 79% dos meninos indicados. Porém, a Escola 2 indica, significativamente, mais crianças (88%) do que a Escola 1 (50%) com desempenho escolar abaixo da média, sendo em ambas as escolas a porcentagem mais significativa para os meninos. Tais alunos, se não têm efetivamente TDAH, provavelmente apresentam problemas de comportamento que dificultam a apropriação de conteúdos acadêmicos.

A literatura diz que nem todo indivíduo com TDAH apresenta dificuldades na aprendizagem. As dificuldades atencionais podem ser compensadas pelo uso do potencial intelectual, interesse pelo conhecimento e condições didáticas adequadas (ROHDE et al., 2003). O TDAH causa um grande impacto no desenvolvimento educacional da criança e de seus pares, pois ela não consegue manter a atenção, levanta várias vezes, interrompe e se intromete nas conversas, perde as coisas necessárias para realizar a atividade, não consegue esperar sua vez, desiste facilmente diante das dificuldades, etc.

O ponto de partida, então, é informar, ensinar e orientar o professor sobre o que é TDAH, suas causas, diagnóstico, prevalência, enfim, tudo o que esclareça o professor sobre o assunto e, tão importante quanto, fornecer subsídios, através de técnicas cognitivo-comportamentais, para que ele possa atuar (fornecer ajuda, incentivo e apoio) junto a esse aluno que apresenta fatores de risco para o transtorno.

ESTUDO 2

ESTUDO 2 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICO- COMPORTAMENTAL PARA PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivos gerais

1.1.1. Verificar a eficácia de um programa interventivo pedagógico-comportamental sobre TDAH para professores do ensino fundamental.

1.1.2. Avaliar o desempenho cognitivo e escolar de alunos indicadas com TDAH.

1.2. Objetivos específicos

1.2.1. Descrever como professores de Ensino Fundamental identificam os sintomas de TDAH antes e depois da participação em um curso sobre o tema.

1.2.2. Descrever como professores de Ensino Fundamental definem TDAH antes e depois da participação em um curso sobre o tema.

1.2.3. Comparar a indicação de alunos com TDAH, pelo professor, antes e depois da participação no programa.

1.2.4. Comparar o desempenho acadêmico dos alunos indicados, segundo professor, antes e depois da participação no programa.

1.2.5. Descrever as hipóteses diagnósticas sobre TDAH, feita pelo professor dos alunos por ele indicados.

1.2.6. Descrever as hipóteses diagnósticas sobre TDAH, feita pelos pais e/ou responsáveis dos alunos comparando-as com as dos professores.

1.2.7. Descrever o desempenho escolar dos alunos indicados com TDAH.

1.2.8. Descrever o desempenho intelectual dos alunos indicados com TDAH.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

2.1.1. Professores

Dos 15 professores que participaram da pesquisa, sete (47%) lecionavam na Escola 1 e oito deles (53%) na Escola 2. Apenas um professor da Escola 2 (12%) era do gênero masculino e lecionava na Sala de Reforço (sala de aula onde estudavam alunos com dificuldades escolares e/ou comportamentais no período regular de aula). Na Escola 1 mais da metade (57%) dos professores tinha idade entre 40 a 49 anos. Já na Escola 2, a prevalência era de professores com idades entre 30 a 39 anos (63%). Na Escola 1, 76% dos professores variaram de 1 a 20 anos de tempo de profissão, sendo 42% de 1 a 10 anos e 29% de 11 a 20 anos. Na Escola 2, 87% variaram de 1 a 20 anos de profissão, sendo 37% de 1 a 10 anos e 50% de 11 a 20 anos. Quanto à formação, na Escola 1, 86% dos professores possuíam o Magistério e, na Escola 2, 75%. Os professores da Escola 2 se destacaram com relação à participação em cursos rápidos (50%) e 37% deles relataram algum tipo de especialização. Na Escola 1, 28% dos professores tinham cursos rápidos e 43% relataram Especialização (Tabela 8).

Tabela 8 - Informações sobre os professores que participaram do Estudo 2.

Idades	Escolas			
	1		2	
20 a 29	14%	1	12%	1
30 a 39	0	0	63%	5
40 a 49	57%	4	25%	2
Mais de 50	29%	2	0	0
Total	100%	7	100%	8
Tempo de profissão				
1 a 10 anos	42%	3	37%	3
11 a 20 anos	29%	2	50%	4
21 a 30 anos	29%	2	13%	1
Total	100%	7	100%	8
Formação				
Magistério (Ensino Médio)	86%	6	75%	6
Graduação				
Pedagogia	43%	3	50%	4
Letras	29%	2	12%	1
Outros (Serviço Social, Geografia, Educação Física, Física e Biologia)	14%	1	13%	1
Cursos rápidos				
PCN	14%	1	38%	3
Formação do leitor crítico	14%	1	0	0
Não especificado	0%	0	12%	1
Especialização				
Psicopedagogia	29%	2	0%	0
Não especificado	14%	1	37%	3

2.1.2. Alunos

Participaram 86 alunos, 32 meninas e 54 meninos, sendo 36 da Escola 1 e 50 da Escola 2 indicados pelos professores como portadores de TDAH, que foram submetidos às avaliações conduzidas. A Tabela 9 apresenta os participantes por gênero e por escola.

Tabela 9 – Alunos indicados pelos professores por gênero e por escola.

Escola	Alunos					
	Meninas		Meninos		Total	
1	16	44%	20	56%	36	42%
2	16	32%	34	68%	50	58%
Total	32	37%	54	63%	86	100%

2.1.3. Pais e/ou responsáveis

Participaram, na qualidade de informantes do comportamento do aluno em casa, 84 adultos, sendo 61 (73%) mães, sete (8%) pais, oito (10%) avós, cinco (6%) irmãs com idade acima de 18 anos e três (4%) tias. Esses adultos foram os mesmos que assinaram o Termo de Consentimento para a participação e utilização dos dados dos seus filhos e os seus (Anexo 10).

2.2. Materiais

2.2.1. Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos com o transtorno

Neste protocolo, o mesmo utilizado no Estudo 1, elaborado para este estudo, havia um espaço para o nome do professor, a data e a questão: O que é TDAH para você? Em seguida havia espaço para o professor indicar aqueles alunos que ele julgava portadores de TDAH, informando, também, seu desempenho escolar (Anexo 2).

2.2.2. Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH

O Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH (Anexo 3), o mesmo utilizado no Estudo 1, constou de duas partes: na primeira havia um espaço para os dados demográficos do professor e, na segunda, 50 afirmações sendo 30 sobre sintomas de TDA, TDH e TDAH e 20 de outras patologias, contendo espaço para a anotação da resposta pelo professor. Esse inventário foi elaborado especialmente para esta pesquisa, a partir dos

comportamentos descritos no DSM-IV (2002) e contou com a colaboração de um professor da disciplina de Psicopatologia da UNESP-Bauru.

2.2.3. Protocolos para Hipótese Diagnóstica de TDAH – versão para professores e Protocolos para Hipótese Diagnóstica de TDAH - versão para pais

O “Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH - versão para professores” (Anexo 11) e “Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH - versão para pais” (Anexo 12) foram confeccionados especialmente para este projeto baseado nos critérios definidos pelo DSM-IV, contendo nove itens indicativos de *TDA*, nove de *TDH* e doze que contemplam e/ou complementam os anteriores, definindo o tipo combinado, *TDAH*.

Os protocolos foram elaborados tendo em vista situações da escola e de casa gerando, portanto, dois instrumentos com informações muito parecidas em termos do comportamento observado, variando as condições, um específico para a escola e outro para situações do cotidiano doméstico. Nos protocolos estavam descritos o comportamento e a condição para que o mesmo ocorra, bem como o que era esperado, se aconteceu ou não na situação descrita com o aluno em questão.

Para uso do pesquisador foi elaborado um crivo para a correção dos mesmos.

2.2.4. Teste de Desempenho Escolar (TDE)

O TDE (STEIN, 1994) é um instrumento psicométrico que busca oferecer, de forma objetiva, uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, mais especificamente da escrita, aritmética e leitura. O teste foi concebido para a avaliação de escolares de 1ª a 6ª séries do primeiro grau, ainda que possa ser utilizado com algumas

reservas para a 7ª e 8ª séries. É um instrumento validado e padronizado para a população brasileira. O TDE é composto por três subtestes: 1. Escrita: escrita de nome próprio e de palavras isoladas apresentadas sob a forma de ditado; 2. Aritmética: solução oral de problemas e cálculos de operações aritméticas por escrito e, 3. Leitura: reconhecimento de palavras isoladas do contexto. Os materiais que compõem o TDE são: Manual para Aplicação e Interpretação; Folha do Examinando para o Subteste de Leitura; Crivo para Correção do Subteste de Aritmética e, Ficha do Examinador para a Aplicação do Subteste de Escrita.

2.2.5. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial

As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (ANGELINI; ALVES; CUSTÓDIO; DUARTE; DUARTE, 1999) é um teste não verbal para avaliação da inteligência geral. Destina-se a alunos de 5 anos a 11 anos e meio. Indicado para avaliação do desenvolvimento intelectual na escola, em diagnósticos clínicos, em estudos interculturais e antropológicos.

O nome original do instrumento é *Coloured Progressives Matrizes* (RAVEN; RAVEN; COURT, 1947, citado em ANGELINI; ALVES; CUSTÓDIO; DUARTE; DUARTE, 1999).

A escala pode ser aplicada individual ou coletivamente e não há limite de tempo para a realização. O material consiste em manual, caderno, cartazes para aplicação coletiva, folha de resposta e crivo de correção. É dividido em três partes (A, AB e B), cada uma contendo 12 pranchas e, nestas, o examinando deve dizer que figura está faltando para completar o desenho.

2.2.6. Materiais para o Curso

Utilizou-se para a condução do curso um aparelho multimídia, um Note book, quadro negro, giz, artigos científicos, etc.

2.3. Procedimento para Coleta de Dados

Este estudo foi conduzido em oito etapas, incluindo todas as avaliações feitas com professores, pais e alunos, antes e/ou depois da condução do curso, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Descrição das etapas do Estudo 2.

Etapas	Participantes	Atividades
1ª	15 Professores	Aplicação do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”
2ª	15 Professores	Aplicação do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”
3ª	15 professores	Aplicação do “Protocolo para hipótese diagnóstica de TDAH”
4ª	84 pais	Aplicação do “Protocolo para hipótese diagnóstica de TDAH”
5ª	86 alunos	Avaliação de desempenho intelectual e escolar
6ª	15 Professores	Participação no Curso “ <i>TDAH: Possibilidades de Intervenção Efetiva</i> ”
7ª	15 Professores	Reaplicação do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”
8ª	15 Professores	Reaplicação do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores de TDAH”

Dos 39 professores que participaram do Estudo 1, foram identificados os 15 (38%) participantes deste estudo. Considerando a inviabilidade de tempo para a participação de

todos no Estudo 2, uma vez que participariam de um Programa de Intervenção, os alunos indicados seriam avaliados e os pais destes entrevistados, estabeleceu-se um critério para a identificação dos participantes deste estudo. O critério tomou como base parte das informações coletadas no “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos com o transtorno” para a formação de duas turmas que realizariam o curso em tempos diferentes. O instrumento gerou informações quanto ao número de alunos indicados pelos professores. Participaram do Estudo 2 os professores que indicaram três alunos ou mais. Os demais fizeram parte do Grupo de Espera que, ao final do projeto, participaram da segunda turma para a realização do Programa de Intervenção.

2.3.1. Procedimentos para as Etapas 1 e 2

Os dados das Etapas 1 e 2 foram coletados no Estudo 1, que constaram da aplicação dos instrumentos “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH” e “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno” onde foram tratados no conjunto dos 39 professores. Neste estudo serão consideradas as mesmas informações referentes aos 15 participantes.

2.3.2. Procedimento para as Etapas 3 e 4

O “Protocolo para hipótese diagnóstica de TDAH – versão para professores” foi respondido pelos professores e pelos pais dos alunos indicados como possíveis portadores do TDAH. Cada professor respondeu um protocolo para cada aluno seu indicado.

Com os professores, a pesquisadora leu em voz alta as instruções e explicou o objetivo do protocolo. A aplicação deste instrumento para os professores foi feita individualmente, em horário previamente agendado, nos HTPCs.

Os pais dos alunos indicados pelos professores foram contatados, informados sobre o projeto e, os que concordaram com a participação do filho, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação foi previamente agendada em horário comum de disponibilidade entre eles e a pesquisadora para a aplicação do “Protocolo para hipótese diagnóstica de TDAH – versão para pais”. Os pais foram convidados a responder cada questão sobre seu filho considerando que cada um dos comportamentos deveria ter alta frequência nos últimos seis meses. A pesquisadora leu e assinalou as questões, de acordo com a resposta dos mesmos.

2.3.3. Procedimento para a Etapa 5

A aplicação das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e do TDE, com os alunos, foi conduzida em horários das aulas, com a anuência dos responsáveis por eles e pela escola, uma vez que ficaria difícil o retorno em horário fora do período escolar. Optou-se por testá-los enquanto estavam em aula, considerando que a aplicação dos instrumentos duraria, no máximo, 40 minutos. Tomou-se cuidado para não aplicar os dois instrumentos numa só sessão, evitando que o aluno permanecesse muito tempo fora da sala de aula.

2.3.4. Procedimento para a Etapa 6

Curso: “TDAH: Possibilidades de Intervenção Efetiva”

O curso só teve início depois de realizadas todas as coletas de informações com os professores (Inventário e Protocolo de TDAH), o que foi feito em horários de HTPC, nas dependências da Escola 1. Enquanto o curso acontecia, foi conduzida a coleta de dados com os pais e com os alunos.

O mesmo foi aprovado pela Comissão de Projetos de Extensão, da Faculdade de Ciências, da UNESP, como Curso de Extensão (processo nº. 1941/46/01/06), com um total de 30 horas (26 horas de aulas teóricas e 4 horas de aulas práticas)³. O curso constou de 12 encontros semanais, com períodos de três horas cada um, num total de 30 horas (cronograma no Anexo 13), com início em 09/10/06 e término em 18/12/06.

O curso foi dividido em três etapas:

1ª. Informação e Reflexão sobre TDAH (etiologia, prevalência, curso e prognóstico)

2ª. Avaliação, Diagnóstico, Diagnóstico Diferencial e comorbidades

3ª. Manejo do TDA/H na escola

- Programas e ambientes estruturados

- Programas de modificação comportamental: manejo da contingência

No primeiro encontro, realizado no dia 09/10/2006, foi apresentado o plano de trabalho, com o cronograma das atividades do curso. Foi estabelecido, também, o contrato com as mesmas enfatizando-se a importância da frequência, pontualidade, participação nas aulas e nas tarefas de casa.

Nos três primeiros encontros (9, 16 e 23/10) os temas trabalhados foram: breve histórico do TDAH, os conceitos e definições mais utilizados atualmente, os critérios diagnósticos, enfatizando a frequência dos sintomas, etiologia (fatores genéticos, ambientais e neurológicos), as principais consequências do transtorno no decorrer da vida da pessoa e

O título do projeto aprovado pelo Comitê de Ética foi “Avaliando e Refletindo sobre Manejo Comportamental com Professores do Ensino Fundamental”. O título atual é “Efeitos de um Programa Pedagógico-Comportamental sobre TDAH para Professores do Ensino Fundamental” que foi entregue novamente ao Comitê com o objetivo de alterar o mesmo.

possíveis comorbidades, enfatizando também as dificuldades de aprendizagem e o diagnóstico diferencial. Para esse encontro foram utilizados os capítulos 1. Epidemiologia, 2. Etiologia, 3. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: base neurobiológica, e 5. Quadro clínico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, de Rohde e Mattos (2003) e Parte I – Compreendendo o TDAH, de Barkley (2002).

Estes conteúdos foram apresentados em aulas expositivas, pela pesquisadora, com a utilização de recursos audiovisuais (data show), leitura de textos em grupo, discussão dos pontos importantes, etc.

O quarto encontro (30/10) iniciou-se com a breve retomada da aula anterior (*feedback* dos professores sobre o que lembravam). O tema desse encontro foi sobre o desenvolvimento infantil e contingências que o mantém. Foi enfatizado o desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo do aluno, de acordo com Bee (1997). Ao final desse encontro a pesquisadora, entregou uma folha contendo uma história sobre a atitude de um aluno em sala de aula (Anexo 14). Em casa, o professor deveria ler e responder as perguntas do texto e trazê-las no próximo encontro. O objetivo dessa atividade foi promover reflexão sobre a influência da atitude do professor no comportamento e desenvolvimento do aluno (ANDRADE, 1999).

O quinto encontro (06/11) iniciou-se com a retomada da tarefa de casa. Os professores foram convidados a falarem o que responderam e se, a situação citada no texto, poderia ocorrer em sala de aula e que possíveis soluções os professores sugeriam para desenvolver a criatividade de seu aluno. Foi observada participação e envolvimento da maioria deles. Também foi dada continuidade do encontro sobre desenvolvimento infantil e contingências que o mantém. Nesse encontro foi enfatizado o desenvolvimento da Personalidade e Social de alunos de sete a 12 anos (Ensino Fundamental I), idades estas compatíveis com os alunos dos professores que participam do curso (BEE, 1997).

Sabendo da importância da participação do professor para assimilação dos conteúdos ministrados, o sexto encontro, realizado em 13/11, contou com a participação efetiva dos mesmos. A turma foi distribuída em quatro grupos de três pessoas e um grupo de quatro. A pesquisadora distribuiu os textos e solicitou leitura e posterior apresentação do conteúdo para os restantes. As partes distribuídas foram do capítulo “A escola e o aluno com TDAH”, do livro de Mattos (2005).

As questões abaixo foram apresentadas aos professores com o objetivo de orientar a leitura do texto selecionado:

- Quais são as características ideais de um professor para alunos e adolescentes com TDAH?
- O que os professores devem esperar do desempenho acadêmico dos alunos com TDAH?
- Como os professores podem suspeitar de outro problema coexistindo com o TDAH?
- Eu acho que meu filho tira notas ruins simplesmente porque não estuda
- E os problemas comportamentais, que podem se associar ao TDAH?
- Quais as principais dicas para um professor?
- Existe algum tipo de escola mais apropriada para quem tem TDAH?
- Que tipos de tarefas os professores devem evitar com alunos portadores de TDAH?
- Mas então um aluno com TDAH deve receber um tratamento diferenciado por parte dos professores?
- Os professores devem ou não ser mais rigorosos com os alunos com TDAH?
- Um tratamento especial não vai constranger o aluno e evidenciar que ele é “diferente” dos outros?

Como não foi possível concluir a leitura e discussão do texto no mesmo dia, o início do sétimo encontro do dia 20/11 contou com a retomada da atividade, com a apresentação dos tópicos do texto pelos grupos o que suscitou uma interessante discussão sobre o assunto que deu o gancho para o próximo assunto a ser trabalhado: Manejo Comportamental na escola,

abordando alguns conceitos e aplicações do mesmo segundo a Análise do Comportamento: reforço positivo contingente com os comportamentos desejados; *reforçamento diferencial*; *contrato de contingências*; *sistema de fichas ou programa de economia de fichas*; *modelagem e modelação*; *resolução de problemas*; *auto-instrução*; *automonitoramento e auto-avaliação*, *planejamento*, *cronograma e tarefas de casa*.

Para o oitavo encontro, no dia 23/11, os professores assistiram ao filme “Mentes Inquietas”, que aborda o manejo de uma professora com alunos indisciplinados e como, ela consegue controlar e motivar os alunos a aprender utilizando de estratégias como prêmios para as respostas adequadas dos alunos e demonstrando envolvimento afetivo com os problemas sociais dos alunos. Em seguida, abriu-se um debate sobre o mesmo, abordando temas do encontro anterior. A tarefa constava em refletir e descrever sobre os alunos indisciplinados que cada professor continha em sua sala de aula e propor meios de modificar e motivar esses alunos a se engajarem no processo de ensino-aprendizagem.

Logo no início do nono encontro (27/11), foi retomada a tarefa de casa sobre o sistema de fichas. A pesquisadora resolveu as dúvidas e apresentou para o grupo a tarefa de uma delas que expôs para turma seu contrato e os resultados que já vinha apresentando. Neste encontro foi lido o texto “Ensino e Aprendizagem” (KUBO; BOTOMÉ, 2005), cuja leitura foi sugerida que terminassem em casa.

Para o décimo encontro (04/12), os professores explicaram o que entenderam sobre o artigo, tiraram suas dúvidas e refletiram sobre o processo de ensinar e aprender. O tema dessa aula foi sobre “Mudança na programação de contingências: estabelecendo regras coletivas e auto-regra”.

No décimo primeiro encontro (11/12), a pesquisadora procurou esclarecer mais detalhes sobre as técnicas mencionadas no decorrer do curso, exemplificando-as e contextualizando para a realidade em sala de aula. A mais enfatizada nesse encontro foi o

Reforçamento Diferencial de outros Comportamentos (DRO) cujo objetivo é reforçar o comportamento adequado.

No décimo segundo encontro (18/12) foi realizado uma reflexão e revisão geral dos temas abordados. Foi possível notar a participação dos professores e envolvimento. Ao final responderam um questionário sobre a avaliação do programa/curso. Foi orientado que não era necessário se identificar.

Posteriormente os professores receberam o certificado de conclusão do curso (modelo nos Anexos 15 e 16).

A aplicação do curso ao Grupo de Espera composto pelo restante dos professores de Ensino Fundamental (61%) foi realizada a partir de março de 2007 conforme previamente combinado com os mesmos (esta atividade não gerou dados para este estudo).

2.3.5. Procedimentos para as Etapas 7 e 8

Ao final do curso foram reaplicados os dois instrumentos: “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH” e o “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos com o transtorno” aos 15 professores, do mesmo modo que na primeira aplicação. Nesse caso, os professores foram convidados a reavaliar os nomes dos alunos indicados como portadores de TDAH, podendo retirá-los, mantê-los ou acrescentar outros nomes.

2.4. Procedimentos para Análise Estatística

Para a comparação de grupos com dados pareados foi utilizado o Teste de Wilcoxon e, para o caso de amostras independentes, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1981).

No estudo para verificação de relação de dependência entre duas variáveis foi utilizado o Teste Qui-Quadrado. Para a comparação de duas frequências relativas foi aplicado o Teste para proporções (SIEGEL, 1981). Para os cálculos e testes foi utilizado o Software Statistica da StatSoft.

3. RESULTADOS

Esse estudo pretendeu verificar a eficácia de um programa interventivo pedagógico-comportamental sobre TDAH para professores do ensino fundamental e avaliar o desempenho cognitivo e escolar de alunos indicados com TDAH por seus professores.

Os resultados serão descritos analisando e comparando as respostas dos professores nos instrumentos que pesquisaram o quanto os professores conheciam sobre TDAH, depois, quais comportamentos típicos para TDAH eles e os pais identificavam nos alunos indicados, como era o repertório comportamental dos alunos indicados em termos de desempenho escolar e nível intelectual e, por fim, foram conduzidas análises comparando os dados obtidos nos diferentes instrumentos utilizados.

3.1. Resultados das duas aplicações do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”

O “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH” foi aplicado inicialmente para os 39 professores. Nesta etapa do estudo consideraremos os dados da primeira aplicação para os 15 professores comparando-os com a segunda aplicação feita com os mesmos, ao final do curso.

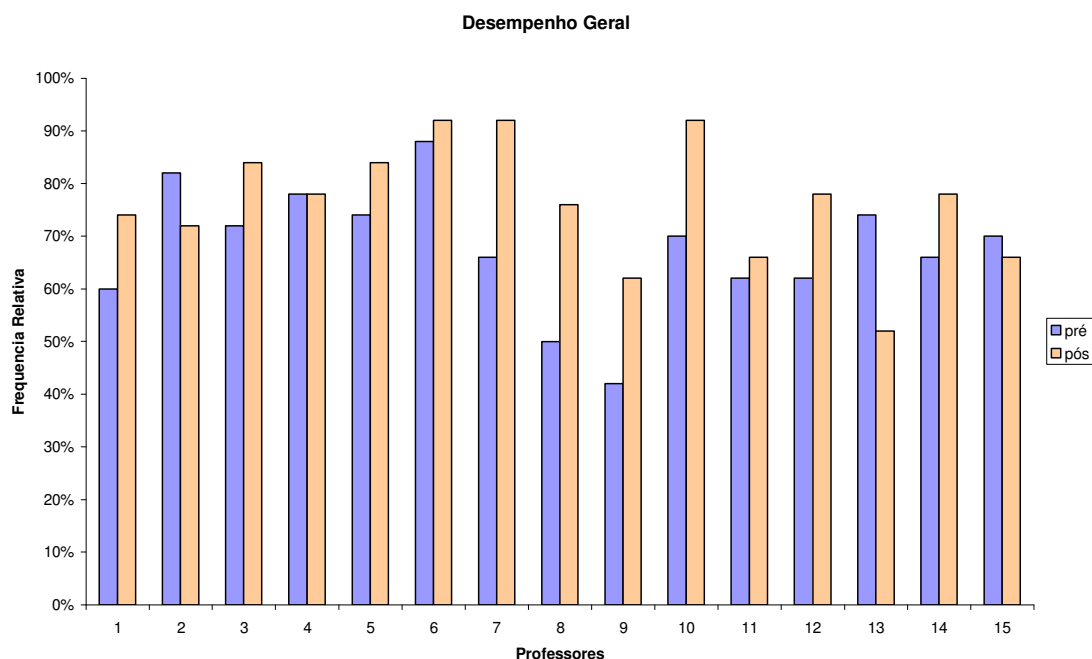


Figura 7 - Desempenho Geral dos professores nas duas aplicações do “Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH”.

A Figura 7 mostra o desempenho geral dos professores nas duas aplicações do Inventário. Observa-se que 73 % dos professores (os de números 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, e 15) melhoraram seu desempenho, 6 %, o que corresponde a um professor (o de número 4), manteve seu desempenho e 20% pioraram, ou seja, identificaram menos sintomas do transtorno no pós teste (os de número 2, 13 e 15).

Os dados a seguir se referem aos resultados obtidos nos subtipos (TDA e TDH) e o tipo combinado (TDAH), nas aplicações antes e depois do curso.

A Figura 8 mostra os resultados obtidos pelos professores nas duas aplicações para as questões referentes ao TDA. Pode-se observar que 73% dos professores (1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14 e 15), identificaram mais critérios de TDA após o curso, 13% deles mantiveram

suas identificações, dentre estes, os professores de número 5 e 8 e 13% dos professores observaram menos critérios de TDA no pós-teste, o que indica uma piora (professores 4 e 11).

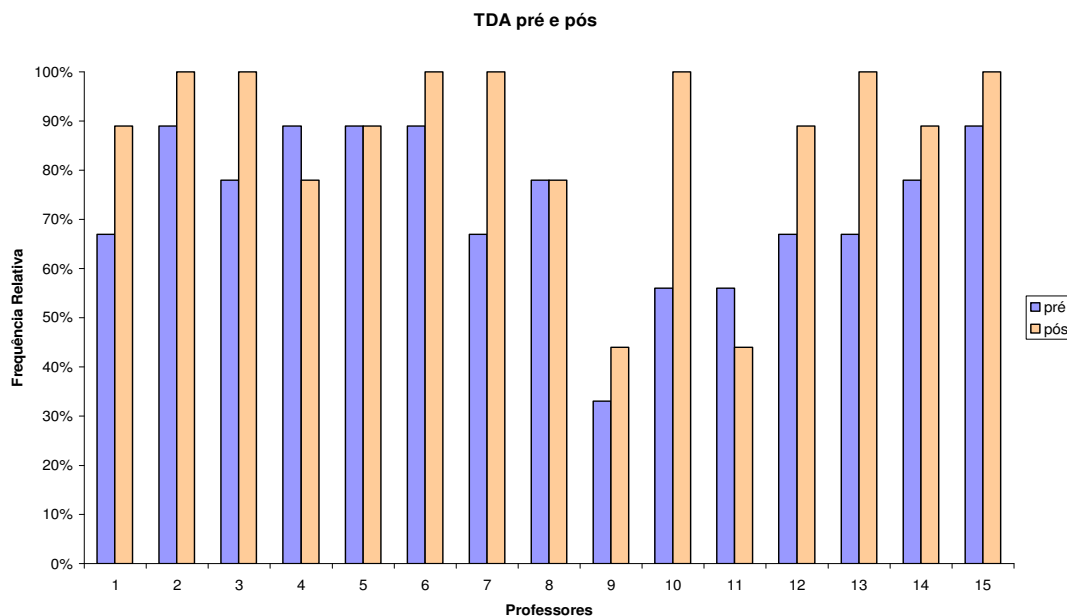


Figura 8 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDA.

Analisando o desempenho dos professores nas questões referentes ao TDA, observou-se que 55% das questões já na primeira aplicação estão acima de 80% de acertos (5, 9, 15 e 21), na segunda aplicação este percentual permanece, ainda que uma questão diminua (22) e outra aumente (31). Entre 61 a 80%, na primeira aplicação estavam 33% das questões e 12% estavam entre 50 e 60%. Na segunda aplicação 45% das questões estavam entre 61 a 80% (Figura 9). No Anexo 17 estão os resultados detalhados desta análise.

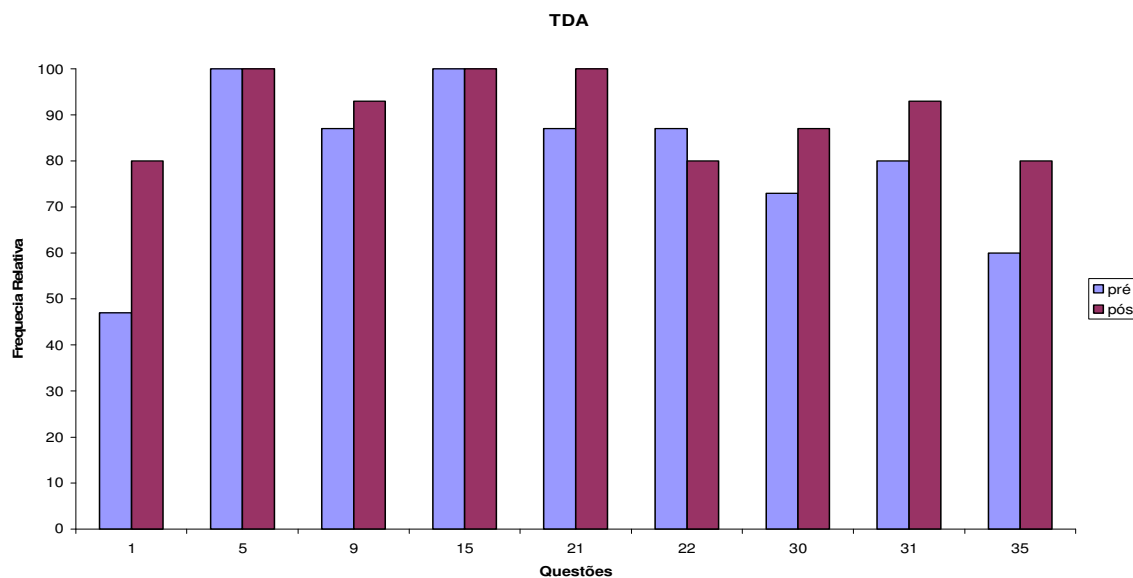


Figura 9 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDA.

Referente ao subtipo TDH (hiperatividade e impulsividade), na Figura 10, o desempenho dos professores ao identificar os sintomas apresenta um aumento nos acertos no pós-teste. Dos professores, 73% (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) aumentaram; nenhum professor mantém sua identificação pré e pós e 20% (os de números 4, 14 e 15) identificaram menos sintomas corretos no pós-teste, sendo que o professor número 13 entregou o questionário em branco à pesquisadora (7%).

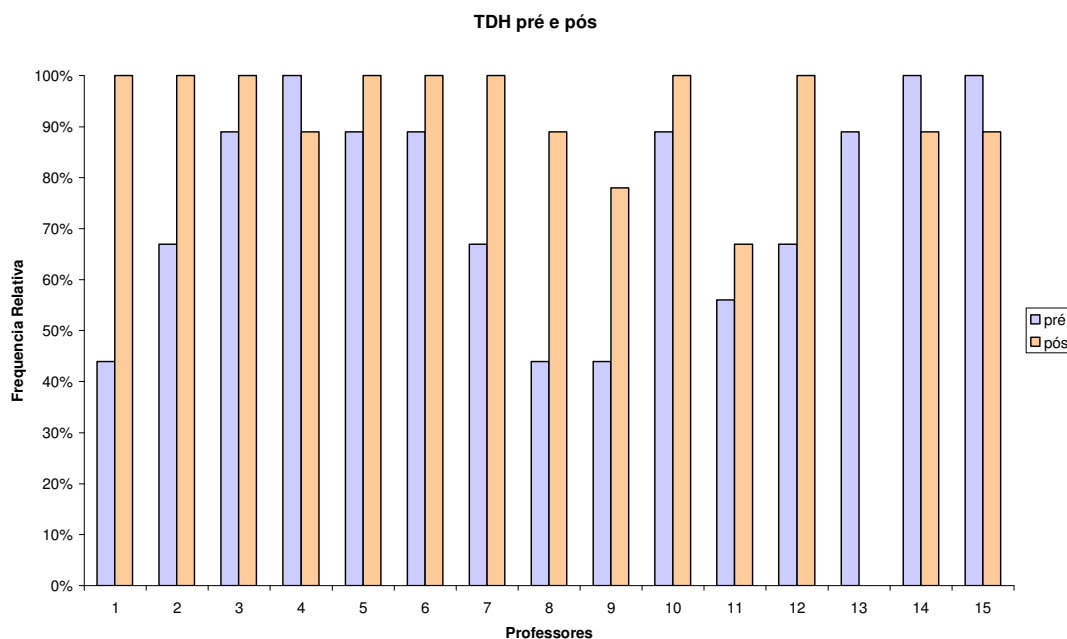


Figura 10 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDH.

Referente às questões sobre TDH (hiperatividade), a Figura 11 mostra que 45% delas, na primeira aplicação tiveram 81% ou mais de acertos (6, 10, 33, 37). As questões 16, 38 e 39 ficaram entre 71 a 80% de acertos e as questões 11 e 23 ficaram entre 61 a 70% de acertos. Na segunda aplicação, 78% das questões ficaram acima de 81% de acertos e o restante entre 71 a 80% de acertos. No Anexo 17 estão os resultados detalhados desta análise.

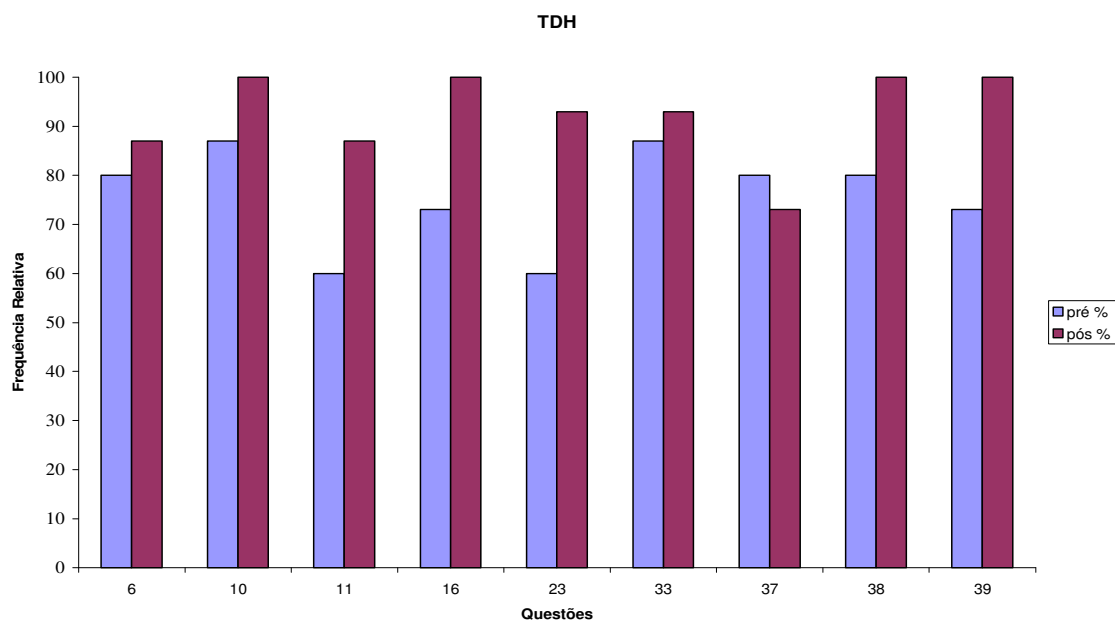


Figura 11 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDH.

Considerando o TDAH (tipo combinado) nas duas aplicações, antes e depois do curso, nota-se que 47% dos professores (números 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10) identificaram mais sintomas de TDAH no pós-teste, o que indica uma melhora, 13% (números 11 e 12) mantiveram suas identificações e 33%, o que corresponde aos professores (4, 5, 13, 14 e 15) identificaram menos sintomas de TDAH no pós-teste o que indica uma piora, como mostra a Figura 12.

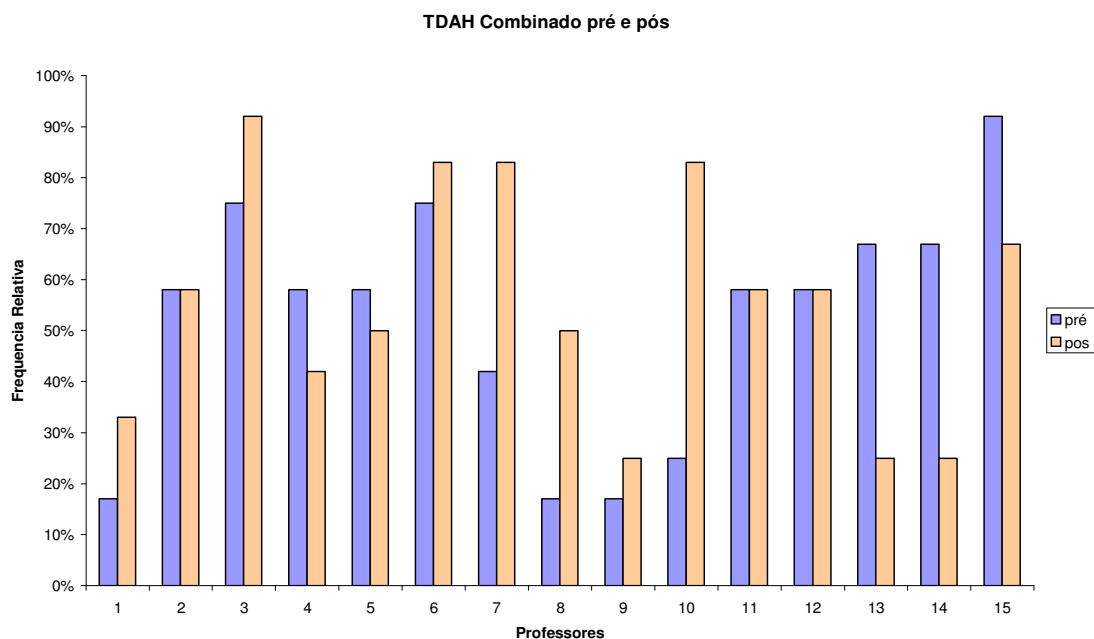


Figura 12 - Desempenho dos professores no Inventário, nas questões referentes ao TDAH.

Com relação às questões referentes ao tipo TDAH combinado, nota-se, na Figura 13, melhora na identificação dos sintomas. Na primeira aplicação apenas a questão 41 teve mais de 81% de acertos. A concentração das respostas ficou entre 41 a 60% de acertos (60% das questões). Na segunda aplicação 25% das questões ficaram acima de 81% de acertos (41, 18 e 24). A concentração das respostas ainda ficou entre 41 a 60% de acertos (44% para as questões 13, 26, 7, 25, 44 e 45). No Anexo 17 estão os resultados detalhados desta análise.

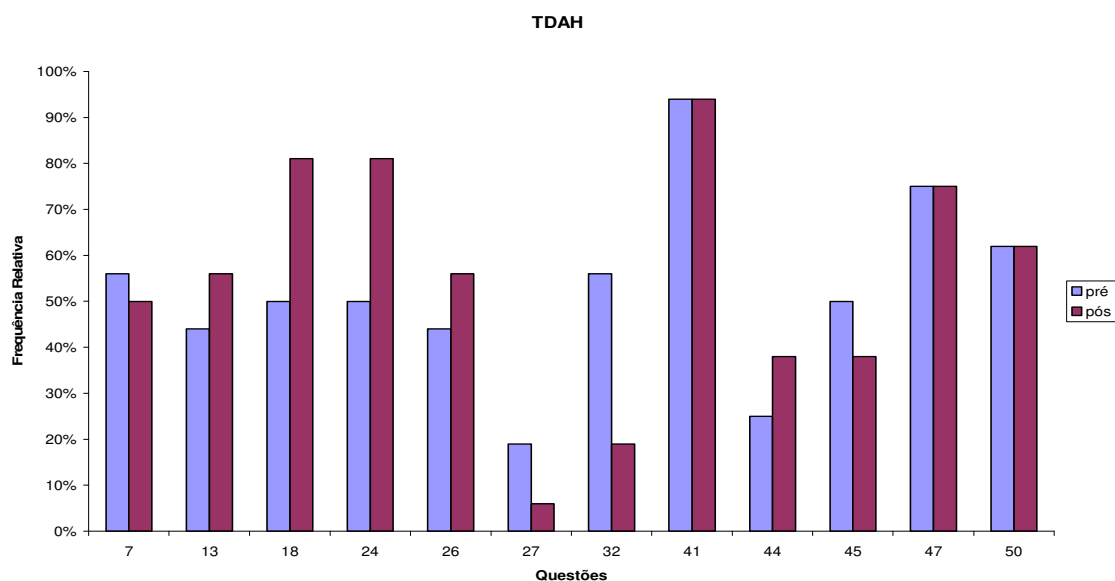


Figura 13 - Desempenho dos professores nas questões referentes ao TDAH.

Relacionando o desempenho geral do TDAH e seus subtipos no “Inventário para Identificação de sintomas de TDAH”, observa-se melhora em todos os itens analisados, da primeira para a segunda aplicação, com exceção de TDAH – Tipo combinado que apresentou índice menor de melhora. A Tabela 10 mostra estes dados.

Tabela 10 - Apresentação dos índices de melhora, manutenção e piora, da primeira para a segunda aplicação.

	Resultados no inventário sobre TDAH		
	Melhora	Manutenção	Piora
Geral	73%	7%	20%
TDA	73%	13%	13%
TDH	73%	0%	27%
TDAH	47%	20%	33%

A Tabela 11 mostra o resultado da análise estatística. Nela observa-se que dentre os professores, um, que já era bom no pré-teste, melhorou no pós-teste (professor 13), outros

foram piores no pré e melhoraram o desempenho no pós (professores 2, 4, 6, 8, 9, 12, 15) e outros eram bons e pioraram (professores 1 e 14). Os professores destacados (2, 7, 10 e 11) apresentaram melhora estatisticamente significativa no pós-teste ($p < 0,05$).

Tabela 11 – Distribuição de acertos no pré e pós-teste (N=15)

<i>Professores</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>
PRÉ	41	25	35	37	39	36	21	33	31	33	35	30	44	38	31
PÓS	36	38	33	42	39	42	31	39	33	46	46	37	46	35	39
		p=0,05					P=0,04			p=0,03	p=0,01				

No total das 50 questões contidas no Inventário, comparando pré e pós-teste, para o grupo de participantes, sabendo-se que a pontuação máxima é de 15, observou-se uma melhora significativa de 10,18 para 11,64 na pontuação geral (Tabela 12).

Tabela 12 – Descrição da pontuação estatística no pré e pós-teste

Variable	Valida N	Mean	Minimum	Maximum	Std. Dev.
PRÉ	50	10,18000	3,000000	15,00000	2,693075
PÓS	50	11,64000	1,000000	15,00000	3,173616

A Tabela 13 mostra a comparação dos totais de pontos nas 50 questões do Inventário no pré e pós-teste. De acordo com a análise estatística Wilcoxon Matched Pairs Test, o grupo de professores apresentou melhora estatisticamente significativa ($p = 0,0001$) comparando o desempenho no Pré e Pós-Teste, no Inventário para Identificação de Sintomas de TDAH.

Tabela 13 – Comparação dos totais de pontos no Pré e Pós-Teste.

Variável	N	T	Z	Nível de p
PRÉ e PÓS	50	151,0000	3,888135	0,000101

Considerando o desempenho dos professores nas categorias específicas de TDAH, nos pré e pós-teste, utilizando o Teste do Qui-Quadrado (SIEGEL, 1981), observou-se, nos dados mostrados na Tabela 14, que para os subtipos TDH e Outras Patologias houve diferença significativa ($p < 0,05$).

Tabela 14 – Comparação do desempenho dos professores no pré e pós-teste, para os subtipos de TDAH e outras patologias.

Categorias	N	Significância (p)
TODA	9	0,554
TDH	9	$<0,015^*$
TDAH	12	0,3080
Outras	20	$<0,002^*$

3.2. Resultados das duas aplicações do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno”

A partir do “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos alunos portadores do transtorno” foi possível analisar o desempenho do professor antes e depois do curso com relação à definição de TDAH, assim como das indicações dos possíveis alunos com transtorno e o seu desempenho acadêmico.

A primeira análise conduzida foi com relação à definição de TDAH após a participação no programa. Os dados referentes à primeira aplicação foram apresentados no Estudo 1. A Tabela 15 mostra a distribuição das categorias da segunda aplicação.

Tabela 15 - Resultados da definição de TDAH, na segunda aplicação, pós-curso.

Nº	Categorias	Frequência absoluta das categorias	Frequência relativa das categorias
1	Sem informação.	0	0
2	Definições que se referem à inadequação do comportamento do aluno no geral, sem descrevê-los, ressaltando sua inadequação com relação à idade ou à situação.	5	9%
3	Definições que se referem às consequências para a aluno da presença do TDAH ou TDA que impedem ou dificultam o relacionamento social ou a aprendizagem.	1	2%
4	Definições que se referem aos comportamentos observados que acontecem em excesso ou déficit.	37	66%
4 ^a	Específica o excesso comportamental.	(22)	(39%)
4 ^b	Específica o <i>déficit</i> comportamental.	(15)	(27%)
5	Definições que se referem aos comportamentos relatados que são diretamente ligados á aprendizagem (ou as atividades acadêmicas) que impedem ou dificultam sua ocorrência.	7	13%
6	Definições que se referem aos comportamentos emocionais.	4	7%
7	Sugere comprometimento orgânico	2	3%
Total		56	100%

A categoria mais freqüente se refere aos comportamentos observados que acontecem em excesso ou déficit, sendo que os excessos comportamentais correspondem a 39% e o déficit comportamental a 27% do total referente a 66%, por exemplo:

“agitação, impulsividade, dificuldade em esperar sua vez, fala em demasia...” (Professores: 02, 05, 06, 07, 23, 24, 25, 28, 31).

“dificuldade para manter a atenção” (Professores 01, 03, 04, 05, 06, 07, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).

A segunda categoria mais freqüente (13%) se refere aos comportamentos que estão diretamente ligados a aprendizagem ou atividades acadêmicas que impedem ou dificultam sua ocorrência como, por exemplo:

“dificuldade de aprendizagem” (Professores 03, 27, 28, 29, 30)

“dificuldade em terminar uma tarefa” (Professor 06)

“não aprende com erros passados” (Professor 24)

As outras categorias, como por exemplo, definições que se referem à inadequação do comportamento do aluno no geral, sem descrevê-los, ressaltando sua inadequação com relação à idade ou à situação e definições que referem aos comportamentos emocionais correspondem a apenas 16% do total das respostas.

Somente uma professora (P 05), o que corresponde a 2%, relatou que o aluno com TDAH não respeita o espaço do outro. E, duas professoras (P26 e P29), o que corresponde a 3%, descreveram que o TDAH é decorrente de substâncias ausentes no cérebro. A Figura 14 mostra um resumo das categorias observadas.

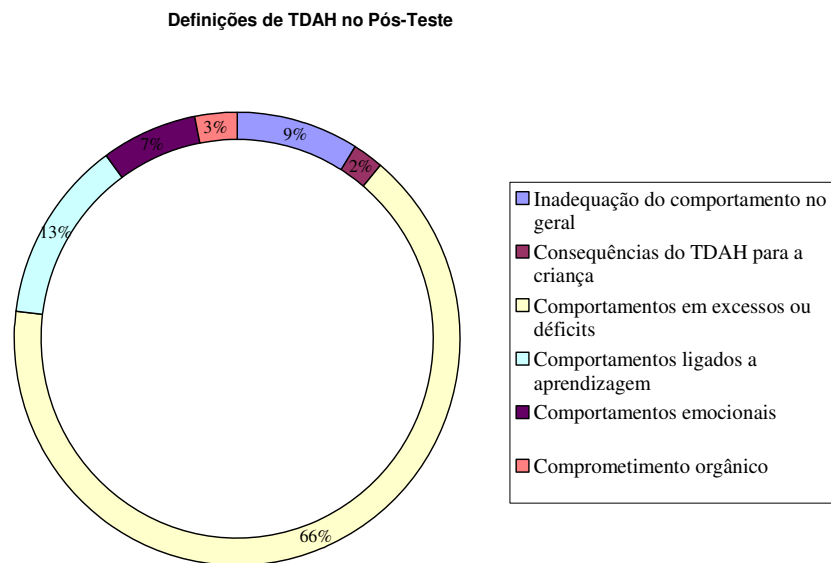


Figura 14 - Categorias que definem TDAH, no Pós-Teste

Comparando as respostas dos professores no Pré e Pós-Teste, ou seja, antes e após o Curso oferecido sobre TDAH, observaram-se diferenças significativas no que diz respeito à definição mais precisa, objetiva e coerente no pós-teste. A Tabela 16 mostra essa comparação.

Os dados obtidos mostram que, na 1ª aplicação 2% dos professores não definiram TDAH, o que significa que entregaram em branco a pesquisadora, já na 2ª aplicação todos os professores responderam à pergunta sobre o que é TDAH. Na 2ª aplicação acrescentou-se a categoria do comprometimento orgânico (ausência de substância no cérebro do aluno com TDAH), o que não foi citado na primeira aplicação.

Tabela 16 - Categorias que indicam a definição de TDAH pelos professores nas duas aplicações, antes e depois do curso.

Nº	Categorias	1ª aplicação - Pré-teste		2ª aplicação - Pós-teste	
		FA	FR	FA	FR
	Sem informação.	4	2%	0	0
	Definições que se referem à inadequação do comportamento do aluno no geral, sem descrevê-los, ressaltando sua inadequação com relação à idade ou à situação.	11	8%	5	9%
	Definições que se referem às consequências para o aluno da presença do TDAH ou TDA que impedem ou dificultam o relacionamento social ou a aprendizagem.	33	24%	1	2%
	Definições que se referem aos comportamentos observados que acontecem em excesso ou déficit.	48	35%	37	66%
	Específica o excesso comportamental.	44	32%	22	39%
	Específica o déficit comportamental.	4	3%	15	27%
	Definições que se referem aos comportamentos relatados que são diretamente ligados à aprendizagem (ou às atividades acadêmicas) que impedem ou dificultam sua ocorrência.	33	24%	7	13%
	Definições que se referem aos comportamentos emocionais.	10	7%	4	7%
	Sugere comprometimento orgânico	0	0	2	3%
	Total	138	100%	56	100%

Observa-se uma diminuição significativa de respostas entre o Pré (138) e Pós-Teste (56). No Pós-teste, os professores são mais precisos e coerentes em suas respostas, citando nas respostas os sintomas que são indicados pelo DSMIV, caracterizados pelos excessos comportamentais, como mostra a Figura 15.

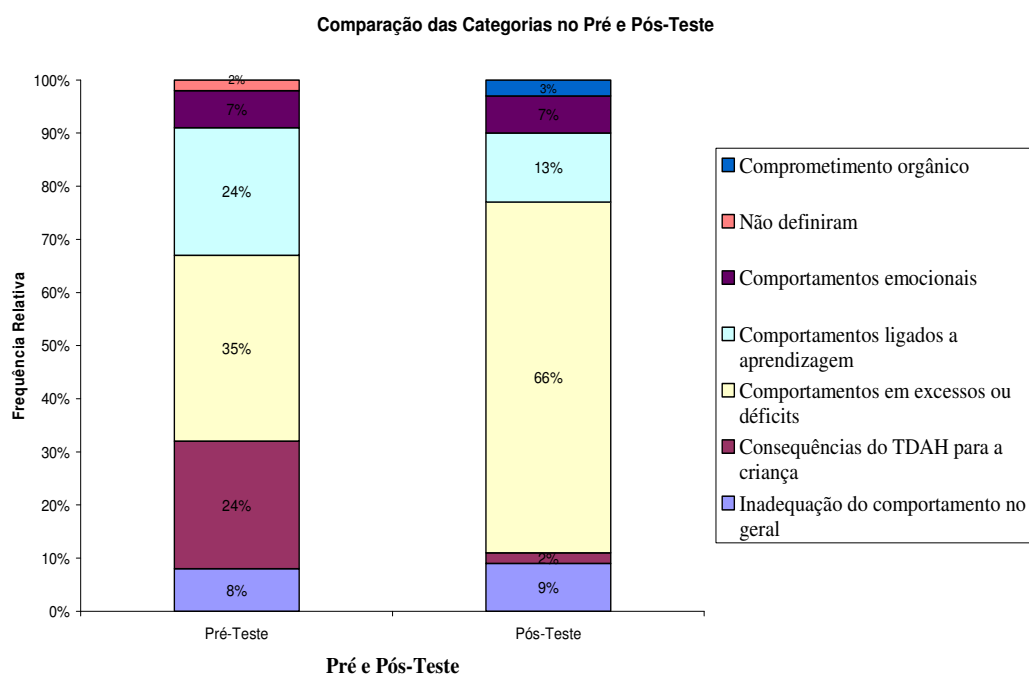


Figura 15 - Comparação das Categorias de TDAH nos Pré e Pós-Teste.

É possível observar uma melhora no pós-teste. Neste, os professores identificaram mais comportamentos de excessos ou déficits comportamentais (características de TDAH) e diminuiu em 22% a categoria de consequências do TDAH para o aluno e, em 11%, para comportamentos ligados a aprendizagem. Mantém em 7% a categoria de que TDAH está relacionado a comportamentos emocionais e 3% acrescentam o comprometimento orgânico.

Outro dado analisado se refere à indicação dos alunos, possíveis portadores de TDAH. Na primeira aplicação do instrumento “Protocolo para definição de TDAH e indicação dos

alunos portadores do transtorno” os 15 professores juntos indicaram 105 alunos. A Tabela 17 mostra estes dados. Nota-se que a prevalência de indicações, na Escola 1, são de meninas da classe de reforço (38%) e meninos da 3ª série (31%). Na Escola 2, são indicadas mais meninas da 2ª e 3ª séries (40 e 45%) e meninos da 3ª série (53%). Observa-se que meninos são mais indicados que meninas e a prevalência em ambas as escolas são os que frequentam a 3ª série do Ensino Fundamental.

Tabela 17 - Distribuição dos alunos indicados por escola, por série e por sexo.

Alunos indicados pelos professores	Escolas									
	1					2				
	Meninas	%	Meninos	%	Total E1	Meninas	%	Meninos	%	Total E2
1ª. série	3	19	1	4	4	0	0	0	0	0
2ª. série	1	6	3	11	4	8	40	15	35	23
3ª. série	2	12	8	31	10	9	45	23	53	32
4ª. série	3	19	2	8	5	0	0	0	0	0
Reforço	6	38	7	27	13	3	15	5	12	8
Inglês	1	6	5	19	6	0	0	0	0	0
	16	100	26	100	42	20	100	43	100	63

Conforme a Figura 16, dos 105 alunos indicados na totalidade, 40% são da Escola 1 e 60% da Escola 2, sendo na Escola 1, 38% meninas e 62% meninos. Na Escola 2, 32% meninas e 68% meninos. Destes alunos, 18 deles (17%) foram indicados por mais de um professor.

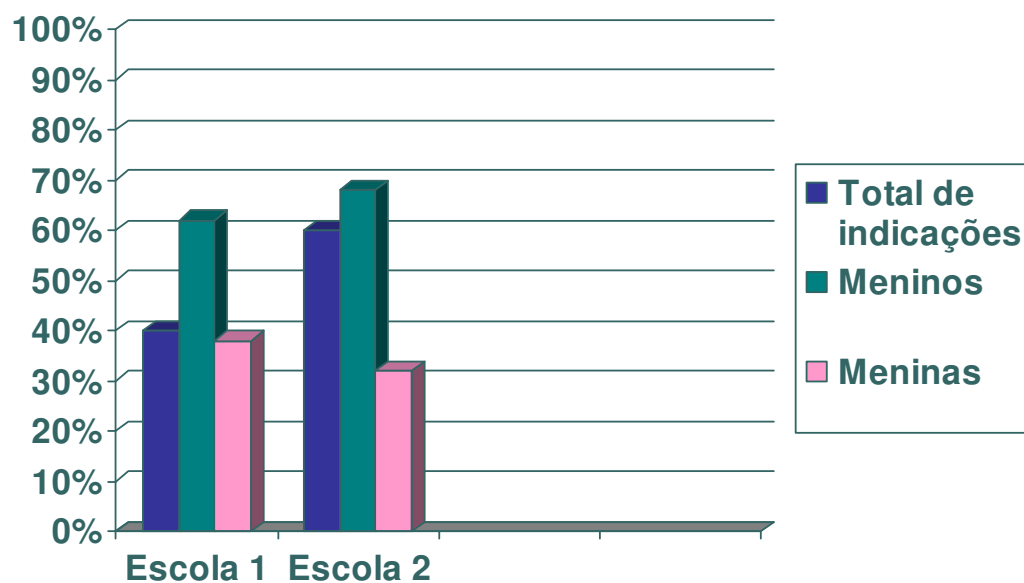


Figura 16 - Alunos indicados pelos 15 professores, separados por escola e gênero.

Analisando os alunos indicados por mais de um professor, observamos, na Figura 17. Na Escola 1, apenas uma menina (17%) da 3ª série foi indicada por dois professores, o restante, cinco alunos (83%) são meninos e frequentam a 3ª série também. Destes meninos, apenas um foi indicado por três professores como portador de TDAH. Já na Escola 2, todos estes alunos foram indicados por dois professores, sendo estes, quatro meninas (31%) e nove meninos (69%) e todos eles frequentando a 3ª série ou sala de reforço.

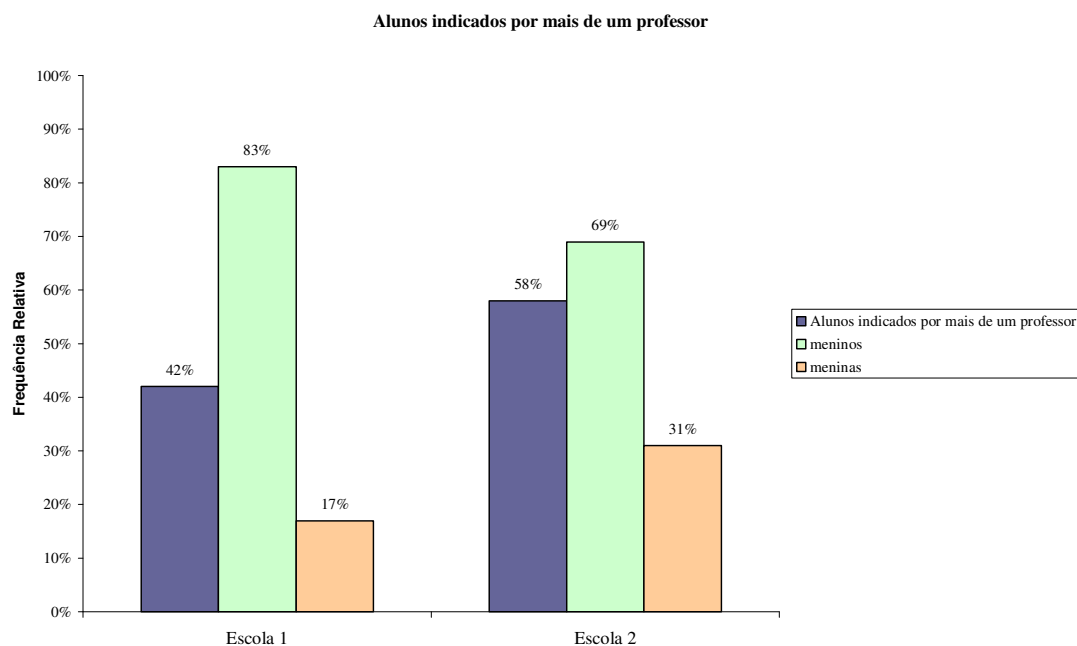


Figura 17 - Alunos indicados por mais de um professor, separados por escola e gênero.

Uma análise mais refinada mostra a porcentagem de alunos indicados por cada um deles considerando o número de alunos por sala. A Figura 18 mostra as indicações de cada professor. Observou-se que o Professor 4 indicou 87% dos seus alunos e o Professor 9, 57 %. Eram professores de Salas de Reforço, um de cada escola. Ainda que as altas indicações dos professores das classes de reforço não tenham justificativas aparentes, eliminando-os, observamos que a média de indicação deste grupo de professores foi de 23% dos seus alunos. Considerando todos, a média de indicação foi de 29% dos alunos de cada sala.

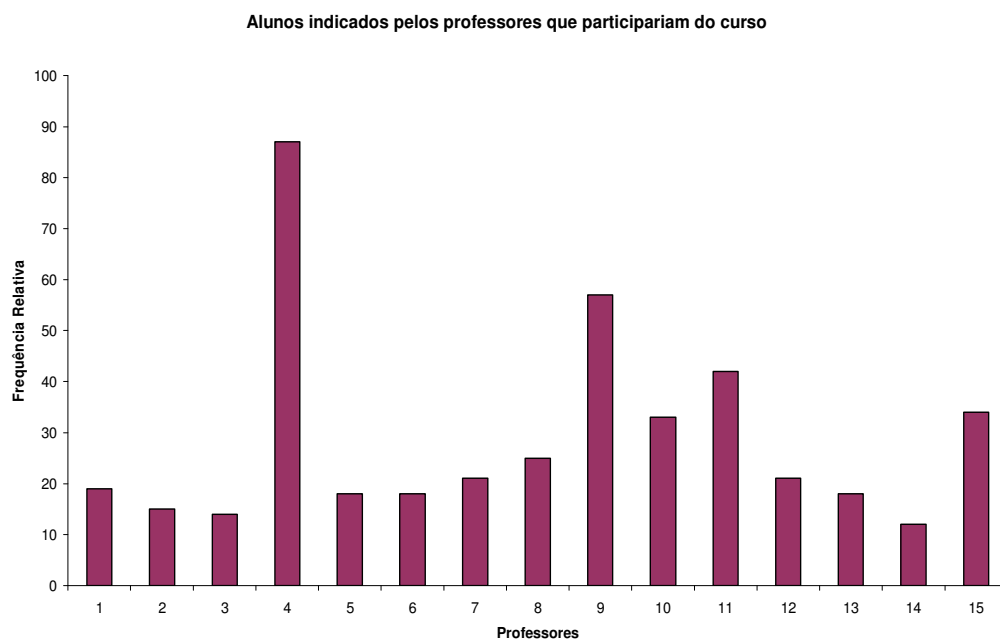


Figura 18 - Porcentagem de indicações por professor considerando o número de alunos por sala.

A Figura 19 mostra a quantidade de alunos indicados pelos professores, separados por escola. Observa-se que os professores da Escola 2 indicaram mais alunos do que os professores da Escola 1. Na Escola 1 os professores 1, 2, 3, 4 e 6 indicaram entre 18 a 24% de seus alunos. Apenas a professora 5 indicou 87% dos seus alunos e a professora 7, 37%. Na Escola 2, os professores 1, 2, 5 e 8 indicaram de 14 a 18% de seus alunos. A professora 7 indicou 25% de seus alunos, os professores 3 e 6 indicaram entre 37 a 42% e o professor 4 indicou 71% de seus alunos.

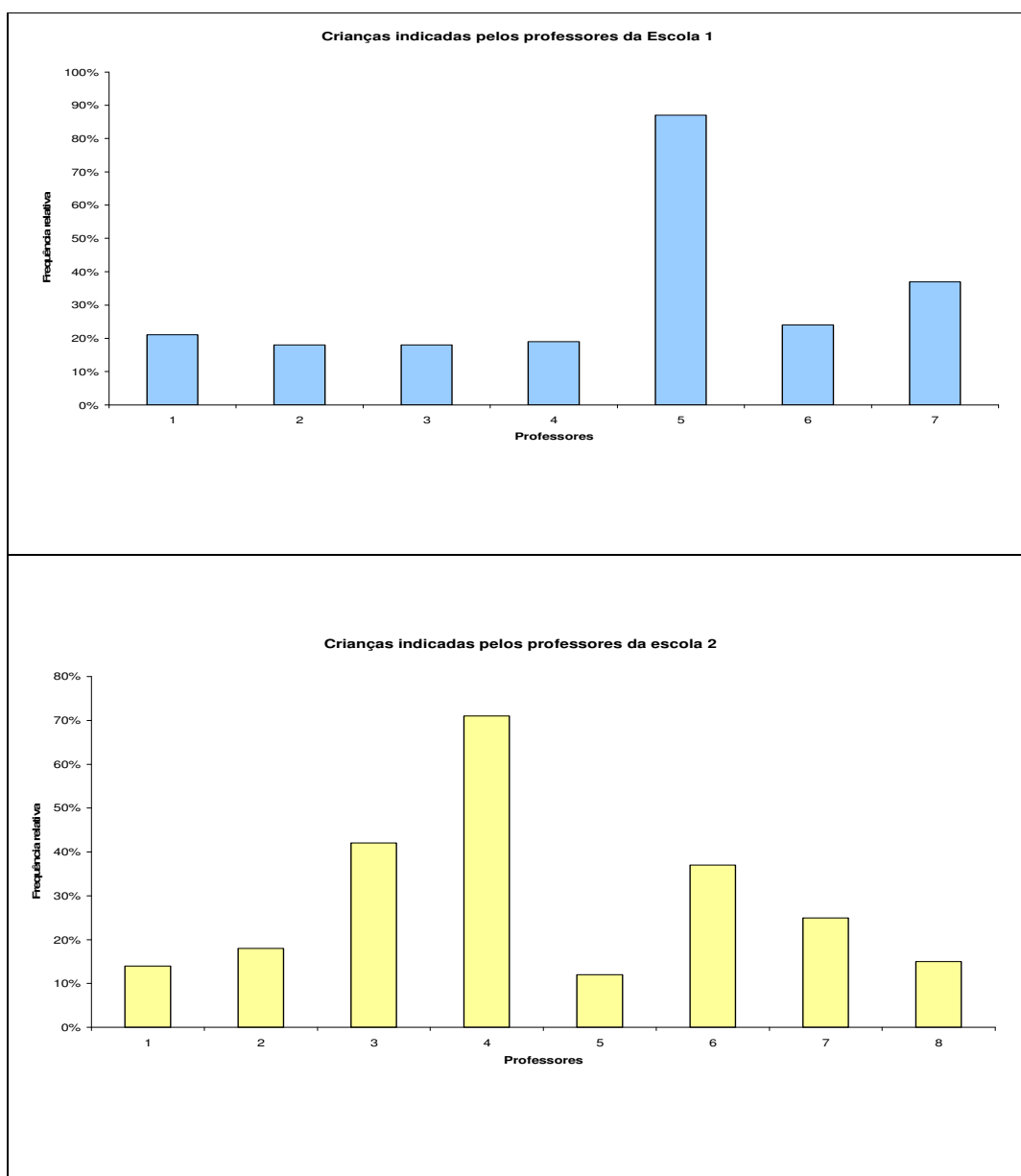


Figura 19 - Porcentagem de indicações de cada professor, por escola.

A partir da indicação era solicitado que o professor descrevesse o desempenho acadêmico do aluno. Dos alunos indicados observou-se que 62% dos meninos e 43% das meninas se encontravam abaixo da média. Segundo os professores o desempenho acadêmico das meninas era melhor do que o dos meninos (Tabela 18).

Tabela 18 - Desempenho escolar dos alunos indicados pelos professores, antes da participação no programa.

Desempenho	Meninos	Meninas
Acima da média	1%	2%
Média	20%	26%
Abaixo da média	62%	43%
Sem informação	17%	29%
Total	100%	100%

Depois da participação dos professores no programa foi solicitado que olhassem novamente a lista de alunos indicados como portadores de TDAH e analisassem as indicações feitas inicialmente. Poderiam manter tirar ou acrescentar nomes. Após a participação no curso de Extensão “TDAH: Possibilidades de Intervenção Efetiva” o número de indicações de alunos feitas pelos professores, reduziu em 38%.

Analisando por escola, como mostra a Tabela 19, observou-se que, considerando a diferença entre as duas indicações, na Escola 1 todos os professores reduziram o número de alunos indicados. Os professores que, na primeira aplicação indicaram mais (P4 e P7) foram, também, aqueles que percentualmente indicaram mais na segunda aplicação. Nesta escola, o conjunto de professores apresentou uma redução média de 55%, da primeira para a segunda indicação.

Na Escola 2, 67% dos professores reduziram o número de alunos indicados. Dos professores que na primeira oportunidade indicaram mais (P16, P10, P11 e P9) três foram os que, percentualmente, indicaram menos pós-curso (P10, P11 e P9). O professor P8 manteve suas indicações (P8 = 7). P14 que na primeira indicação havia indicado sete alunos (10% do total das indicações), na segunda vez indicou nove alunos (22% das indicações feitas pelos

professores desta escola). Nesta escola, o conjunto de professores apresentou uma redução média de 21%, da primeira para a segunda indicação.

Tabela 19 - Indicações de alunos com TDAH antes e depois do curso.

		Número de indicações					
		Pré		Pós		Diferença	
Escola 1	Professora 1	5	(12%)	2	(16%)	-3	-40%
	Professora 2	4	(9%)	0	(0)	-4	-100%
	Professora 3	4	(9%)	1	(8%)	-3	-25%
	Professora 4	13	(30%)	3	(26%)	-10	-23%
	Professora 5	5	(12%)	2	(16%)	-3	-49%
	Professora 6	5	(12%)	1	(8%)	-4	-80%
	Professora 7	7	(16%)	3	(26%)	-4	-43%
Total		43	(100%)	12		-31	-55%
Escola 2	Professora 8	7	(10%)	7	(17%)	0	0%
	Professora 9	9	(13%)	4	(10%)	-5	-44%
	Professora 10	11	(16%)	6	(15%)	-5	-54%
	Professora 11	10	(15%)	5	(12%)	-5	-50%
	Professora 12	6	(9%)	2	(5%)	-4	-33%
	Professora 13	7	(10%)	9	(21%)	2	22%
	Professora 14	4	(6%)	2	(5%)	-2	-50%
	Professora 15	12	(18%)	4	(10%)	-8	-33%
Total		68		41		-27	-21%

Os dados da Tabela 20, considerando a quantidade de alunos indicados nos pré e pós-testes para ambas as escolas. Para os meninos a diminuição das indicações é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e, para as meninas, não foi significativa.

Tabela 20 – Porcentagem de alunos indicados no Pré e Pós-Teste

Alunos	Escola 1		Escola 2		Total	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Meninos	25 (24%)	7 (7%)	43 (41%)	21 (20%)	68 (65%)	28 (28%)
	60%	64%	68%	78%	65%	71%
Meninas	17 (16%)	4 (4%)	20 (14%)	6 (6%)	37 (35%)	10 (10%)
	40%	36%	32%	22%	35%	29%
Total	42 (40%)	11 (11%)	63 (60%)	27 (26%)	105 (100%)	38 (38%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Considerando as escolas separadamente, observou-se que, na Escola 1 a diferença é significativa ($p=0,001$) do pré para o pós teste apenas para os meninos. Porém, na Escola 2, a diferença é estatisticamente significativa ($p=0,02$) apenas para as meninas (SIEGEL, 1981).

Quanto ao desempenho escolar dos alunos indicados nos pré e pós-testes observou-se que, para os meninos, após a participação no programa, o desempenho melhorou apenas na classificação Média, de 20 para 23%. Para as meninas, o desempenho no pós-teste piorou nas classificações Acima da Média (de 2 para 0%) e, na Média (de 26 para 19%), aumentando em Abaixo da Média (de 43 para 62%). Nota-se que, para ambos os gêneros, os professores acreditam que, mesmo antes como depois do curso, que o desempenho de seus alunos encontra-se abaixo da média (Tabela 21).

Tabela 21 - Desempenho escolar dos alunos indicados pelos professores.

Desempenho	Meninos		Meninas	
	Antes do curso	Depois do curso	Antes do curso	Depois do curso
Acima da média	1%	0	2%	0
Média	20%	23%	26%	19%
Abaixo da média	62%	62%	43%	62%
Sem informação	17%	15%	29%	19%
Total	100%	100%	100%	100%

3.3. Resultados da aplicação do instrumento “Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH” com os professores e com os pais

Uma etapa seguinte deste estudo foi solicitar aos professores que respondessem ao “Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH” que consistiu em descrever os comportamentos de cada um dos alunos indicados assinalando os comportamentos que manifesta na escola, sob sua observação.

Os dados coletados a partir deste instrumento permitiram identificar a presença de TDA, TDAH e TDH a partir de critérios definidos pelo DSM-IV: para TDAH, dos 12 itens descritos, no mínimo nove deveriam estar presentes; para o TDA e TDH, dos nove itens descritos, no mínimo seis deveriam estar presentes. Além disso, estes sintomas deveriam estar presentes há no mínimo seis meses, com frequência, em pelo menos duas situações (em casa e na escola).

Inicialmente foram analisados os dados coletados com os professores, comparando os 105 alunos indicados e a hipótese diagnóstica a partir das suas respostas acerca dos comportamentos observados.

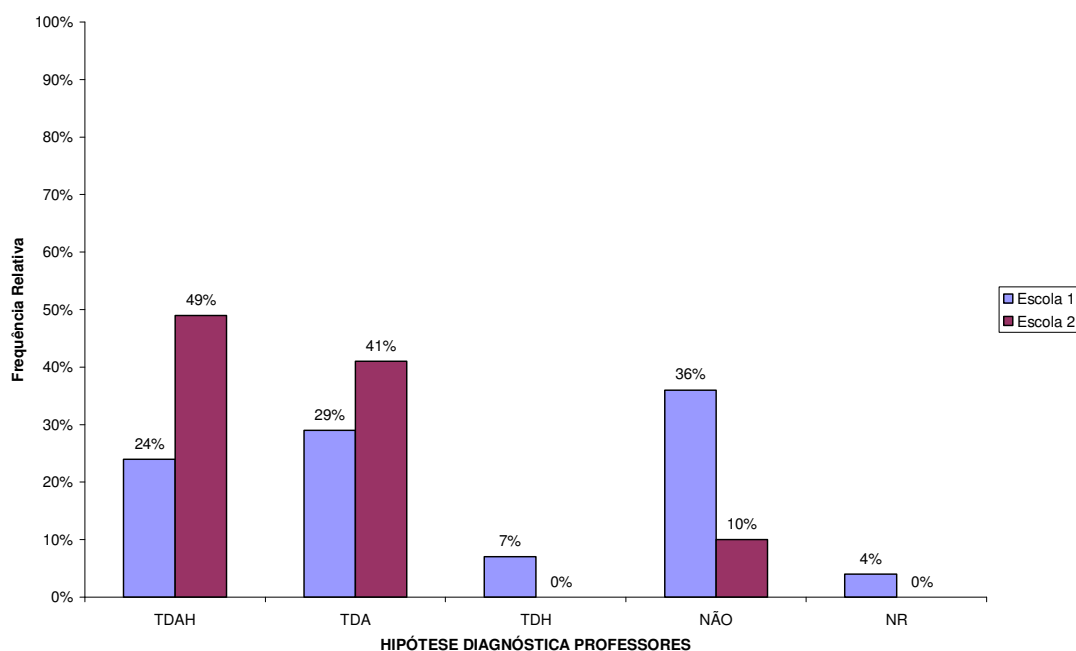


Figura 20 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos professores.

Analisando a Hipótese Diagnóstica realizada pelos professores, após responderem ao protocolo para cada um dos seus alunos indicados, observou-se que os professores da Escola 1 identificaram menos sintomas de TDAH e TDA, comparados aos professores da Escola 2.

A Figura 20 mostra que, para o TDAH os professores da Escola 1 identificaram 10 alunos (24%) como sendo portadores, na Escola 2 foram indicados 31 alunos (49%). Para o subtipo TDA, os professores da Escola 1 indicaram 12 alunos (29%) e os da Escola 2 (41%), para TDH apenas os professores da escola 1 indicaram três alunos (7%). Apesar de indicarem alunos como sendo possíveis portadores de TDAH, quando responderam ao Protocolo para esse aluno, o conjunto dos sintomas de TDAH acabou não sendo suficiente, ou seja, não preencheram os critérios mínimos necessários para serem diagnosticados como tal. Na Escola 1, 15 alunos indicados (36%) não preencheram os critérios mínimos e na Escola 2, seis alunos indicados (10%) também não o preencheram. Para dois alunos indicados (4%), os professores não responderam ao protocolo.

Considerando o sexo dos alunos indicados na Hipótese Diagnóstica dos Professores, separados por escola, percebeu-se que os meninos são mais indicados e preencheram mais os critérios diagnósticos em relação às meninas. Para o TDAH combinado, foram identificados 14% meninos e 10% meninas na Escola 1 e na Escola 2 foram identificados 5% meninas e 44% meninos. Para o subtipo TDA, 7% foram meninas e 21% meninos, na Escola 2, para esse subtipo, as meninas preenchem mais esse critérios, 22% e 19% para os meninos. Para o TDH, apenas 7% dos meninos da Escola 1 são identificados e dos alunos indicadas como portadores mas que não preenchem os critérios necessários, a porcentagem é de 19% das meninas e 17% dos meninos da Escola 1 e 5% das meninas e 5% dos meninos na Escola 2. Apenas para 5% das meninas da Escola 1, não foram respondidos os protocolos (NR).

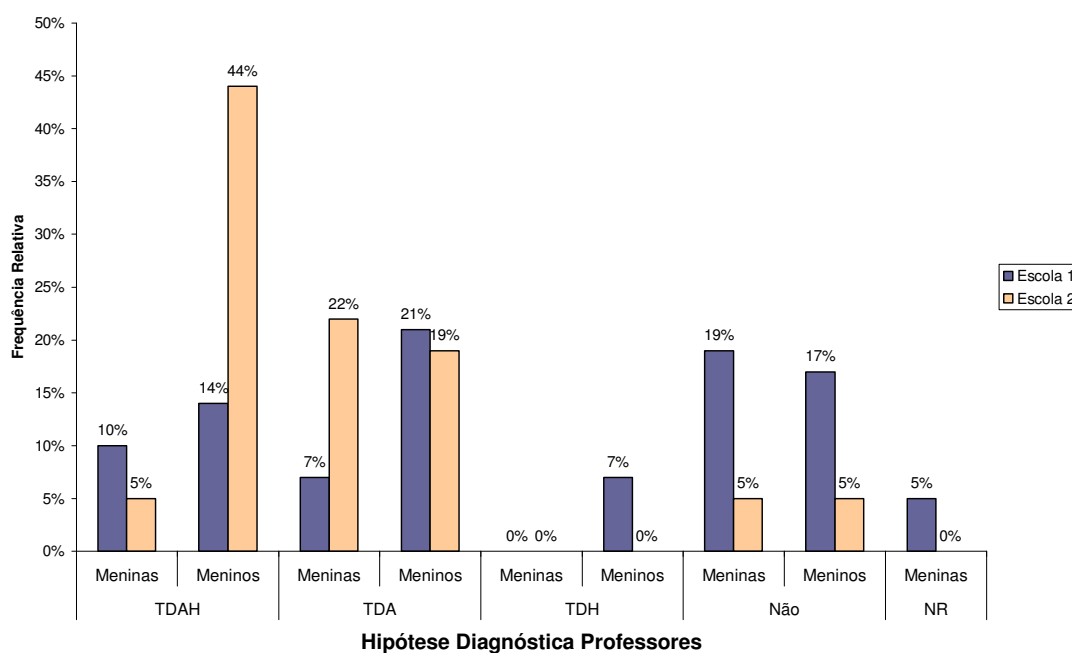


Figura 21 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos professores, considerando o sexo.

As hipóteses diagnósticas feitas a partir do relato dos pais foram sobre os 84 alunos que foram indicadas pelo menos por um professor. Dos pais dos 86 alunos indicados, dois

não compareceram nos horários agendados. Dos que participaram, 58% dos pais da Escola 1 relataram menos sintomas do que o mínimo que caracterizaria o transtorno, um dado estatisticamente significativo ($p=0,0002$). Deles, 22% relataram sintomas que caracterizariam o TDAH, 8% de TDA e 4% de TDH, em seus filhos. Dos pais dos alunos da Escola 2, 50% relataram menos sintomas do que o mínimo que caracterizaria o transtorno, também, um dado estatisticamente significativo ($p=0,0000$). Deles, 14% relataram sintomas que caracterizariam o TDAH, 24% de TDA e 4% de TDH, em seus filhos (Figura 22).

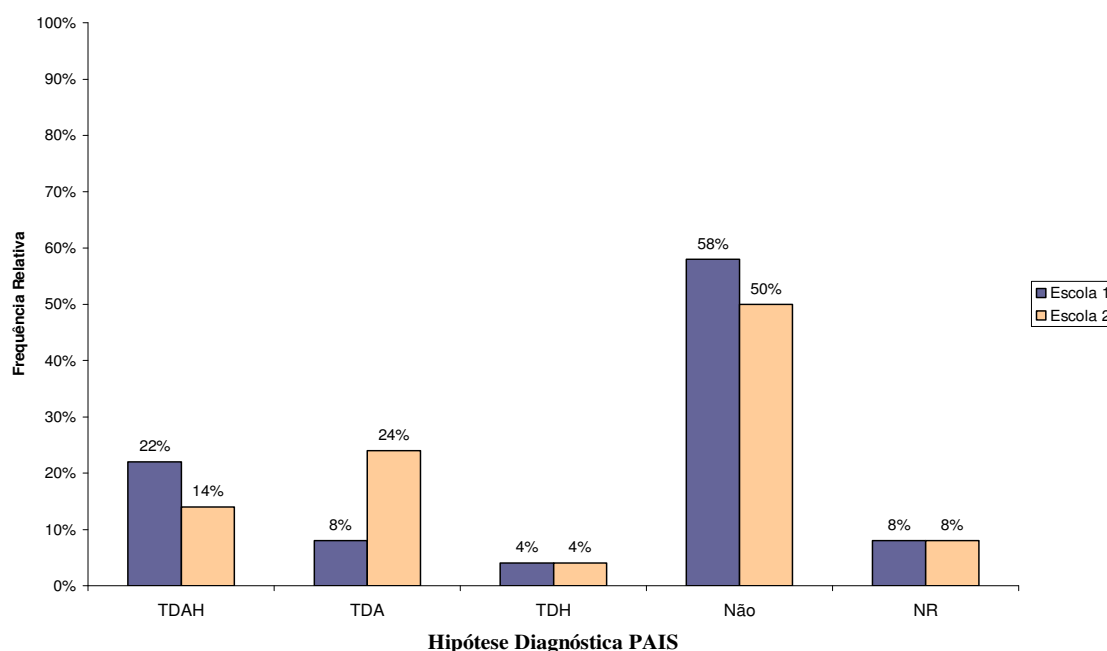


Figura 22 - Hipótese diagnóstica de TDAH feita pelos pais.

Considerando o conjunto dos alunos, de acordo com o gênero, os pais indicaram 25% das meninas e 33% dos meninos da Escola 1. Da Escola 2 indicaram 16% das meninas e 34% dos meninos como não possuindo o mínimo de critérios para o diagnóstico do transtorno. A Figura 23 mostra que, na Escola 1, para as meninas, 5% preenchem os critérios para TDAH,

5% para TDA e 4% para TDH. Para os meninos 17% preenchem os critérios para TDAH. Na Escola 2, para as meninas, 6% preenchem os critérios para TDAH e 8% para TDA.

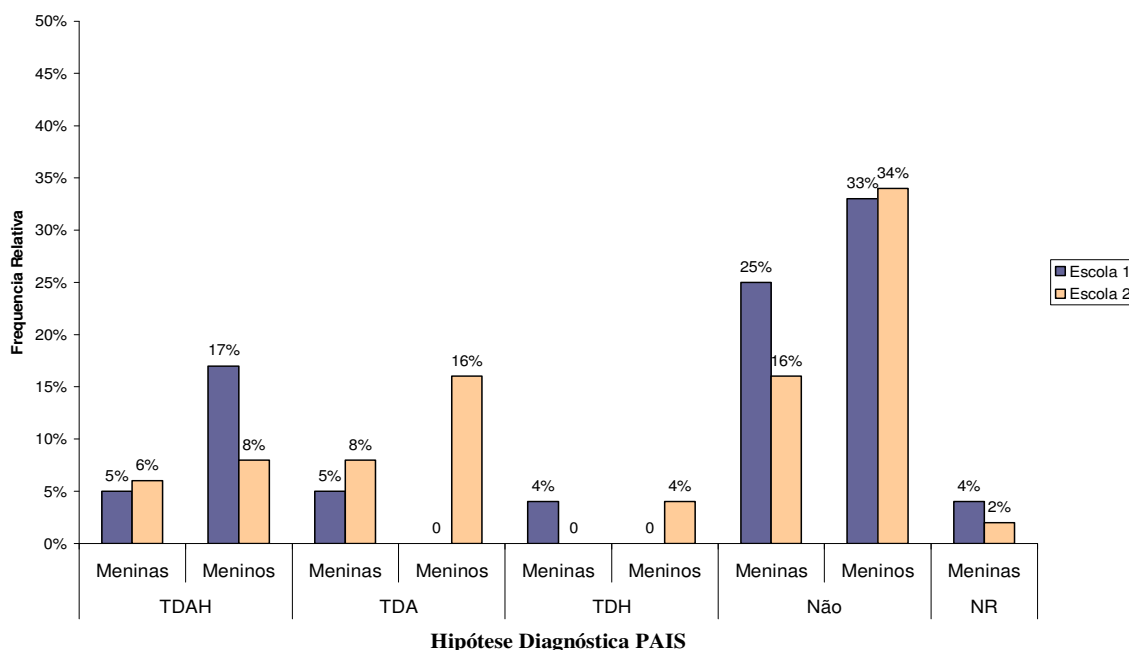


Figura 23 – Hipótese Diagnóstica feita pelos pais, considerando o sexo

Comparando as Hipóteses Diagnósticas para TDAH e seus subtipos, feitas por pais e professores, de cada uma das escolas, nota-se que 57% dos pais não identificaram o mínimo de comportamentos que caracterizariam a presença de transtorno. Todavia, confirmaram a presença do mesmo para 35% dos alunos indicados pelos professores. Os professores da Escola 1, não identificaram em quase metade dos alunos a presença do conjunto de comportamentos, que atendiam os critérios para TDAH que os diagnosticasse como portadores do transtorno. Os professores da Escola 2, por sua vez, mantiveram a indicação do transtorno, dividindo a maioria dos alunos em portadores de TDA e TDAH (Figura 24).

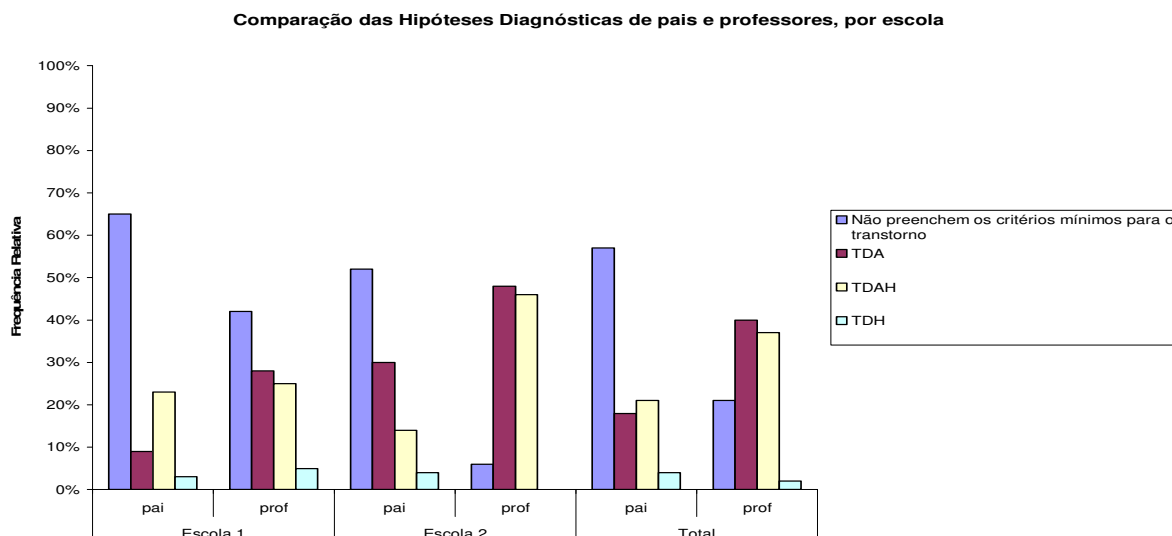


Figura 24 - Comparação das Hipóteses diagnósticas de TDAH, segundo os professores e os pais, por escola.

Quando se analisou as Hipóteses Diagnósticas, 58% dos pais, independente do gênero, não observaram o número mínimo de características do transtorno em seus filhos. Com relação às meninas eles as identificaram mais com TDA do que com TDAH e, com os meninos, dividem-nos igualmente nos dois subtipos. Quanto aos professores, para 32% das meninas indicadas, o diagnóstico não confirmou a indicação: elas não apresentam o mínimo de sintomas que caracterizariam o transtorno. Como os pais, elas são identificadas mais com TDA do que com TDAH. Os professores, diferentemente dos pais, identificaram mais meninos com transtorno e, ainda mais com TDAH do que com TDA (Figura 25).

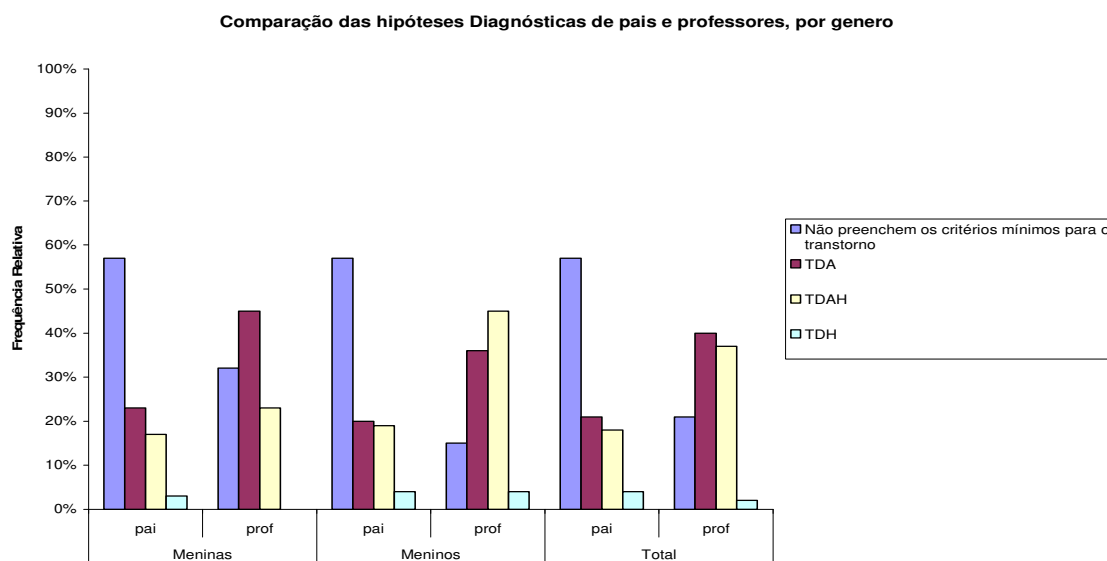


Figura 25 - Comparação das Hipóteses diagnósticas para TDAH, segundo os professores e os pais, por gênero.

Para os pais foi possível estabelecer relações entre acordos e desacordos nos diagnósticos dados. Considerando-se as escolas nota-se que pais e professores da Escola 1 apresentaram um índice alto de acordos (58%) no identificar ou não a ocorrência do transtorno, quando comparado com os pais e professores da Escola 2. No caso da última, o maior índice foi de desacordo entre a ausência dos sintomas descrito pelos pais com a presença dos mesmos descritos pelos professores. Na Escola 2 observou-se desacordo maior do que a Escola 1 quanto aos subtipos identificados (Figura 26).

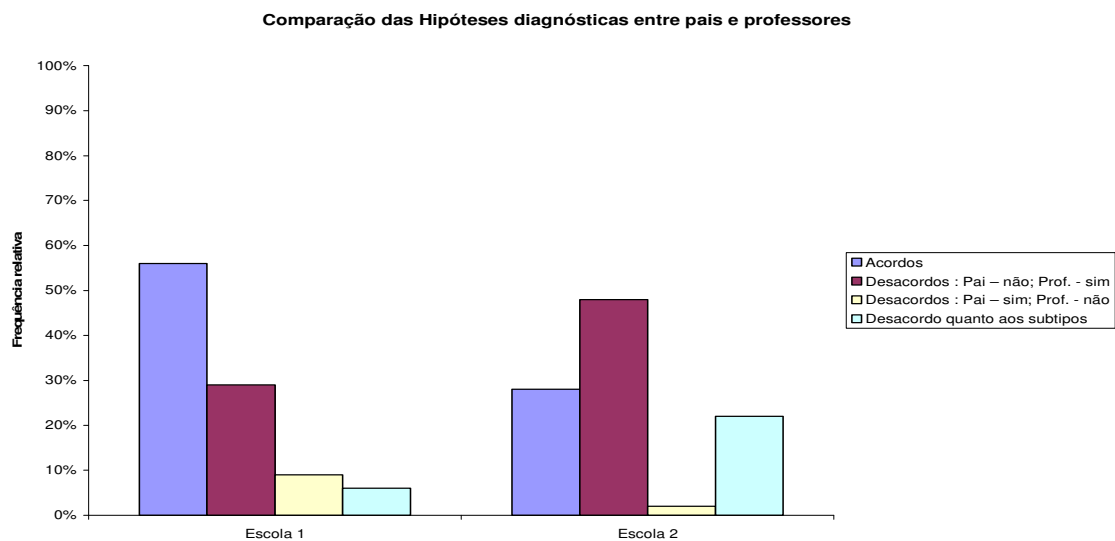


Figura 26 - Comparação de acordos e desacordos quantos às Hipóteses Diagnósticas entre professores e os pais, quanto aos subtipos (TDAH, TDA e TDH).

Considerando o gênero, houve mais acordo entre pais e professores com relação às meninas da Escola 1, enquanto que para os meninos observou-se maior índice de desacordo entre a ausência dos sintomas para os pais e a presença deles para o professor, como mostra a Figura 27.

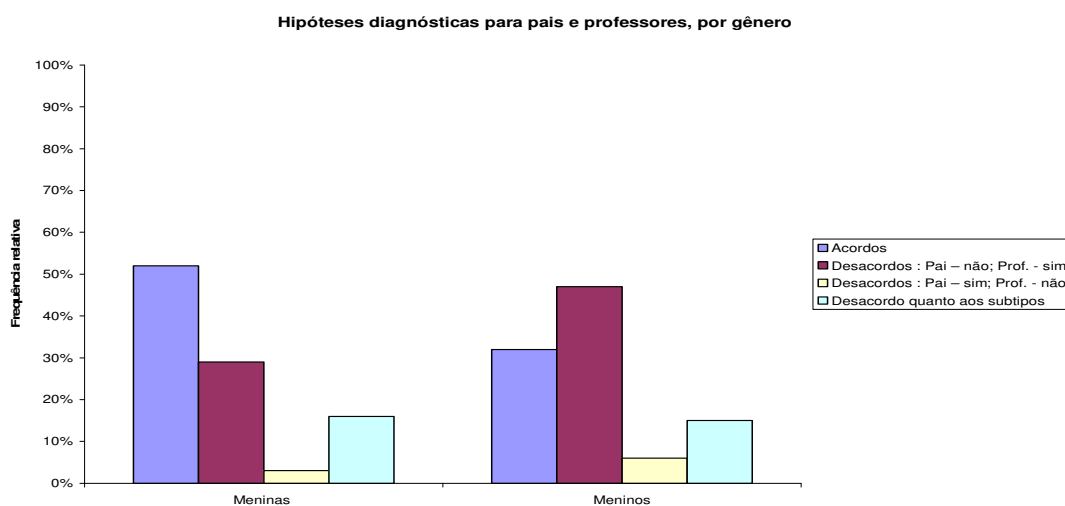


Figura 27 - Comparação de acordos e desacordos quantos às Hipóteses Diagnósticas entre professores e os pais, quanto ao gênero.

3.4. Resultados das avaliações do Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e do TDE

Dos 105 alunos indicados, 86 foram indicados pelo menos uma vez e estes foram avaliados no seu desempenho escolar, utilizando o Teste de Desempenho Escolar (STEIN, 1994) e o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (ANGELINI et al., 1999).

Analisando-se os alunos indicados e os alunos avaliados, conforme mostra a Tabela 23, observou-se que são indicados e avaliados mais alunos da Escola 2 em comparação com a Escola 1, que também indicaram menos alunos depois do programa.

Tabela 23 - Relação de alunos indicados e alunos avaliados.

Escola	Alunos indicados		Alunos avaliados		Diferença da 1ª p/ 2ª: alunos que foram indicados por mais de um professor.
1	42	40%	36	42%	16%
2	63	60%	50	58%	21%
Total	105	100%	86	100%	18%

Considerando o sexo dos alunos indicados e avaliados, nota-se que em ambas as escolas são indicados e avaliados mais meninos que meninas. A diferença entre indicados e avaliados, num mesmo gênero, a Escola 1 indica mais meninas enquanto que a Escola 2 indica mais meninos (Tabela 24).

Tabela 24 - Relação de alunos indicados X alunos avaliados, considerando o sexo.

Escola	Alunos indicados				Alunos avaliados			
	Meninas		Meninos		Meninas		Meninos	
1	17	40%	25	60%	16	44%	20	56%
2	20	32%	43	68%	16	32%	34	68%
Total	37	35%	68	65%	32	37%	54	63%

Sabendo que um aluno foi indicado por mais de um professor, optou-se neste estudo em analisar os dados dos alunos, independente de quantos professores o indicaram. Nesse sentido foram analisados os desempenhos de 86 alunos, sendo 36 da Escola 1 e 50 da Escola 2.

Após a indicação, os alunos foram avaliados através do Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, para analisar o desempenho intelectual e o Teste de Desempenho Escolar, para avaliar o desempenho acadêmico, visto que a maioria dos alunos indicados foi identificado pelos professores como com desempenho acadêmico inferior para escolaridade.

A Figura 28 mostra o desempenho dos alunos no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, separados por escola. Na Escola 1, 3% dos alunos estavam na classificação Superior, 3% Acima da Média, 51% na Média, 40% Abaixo da média e 3% Intelectualmente Deficiente. Na Escola 2, 2% revelaram desempenho intelectual Superior, 12% Acima da Média, 47% na Média, 37% Abaixo da Média e 2% Intelectualmente Deficiente.

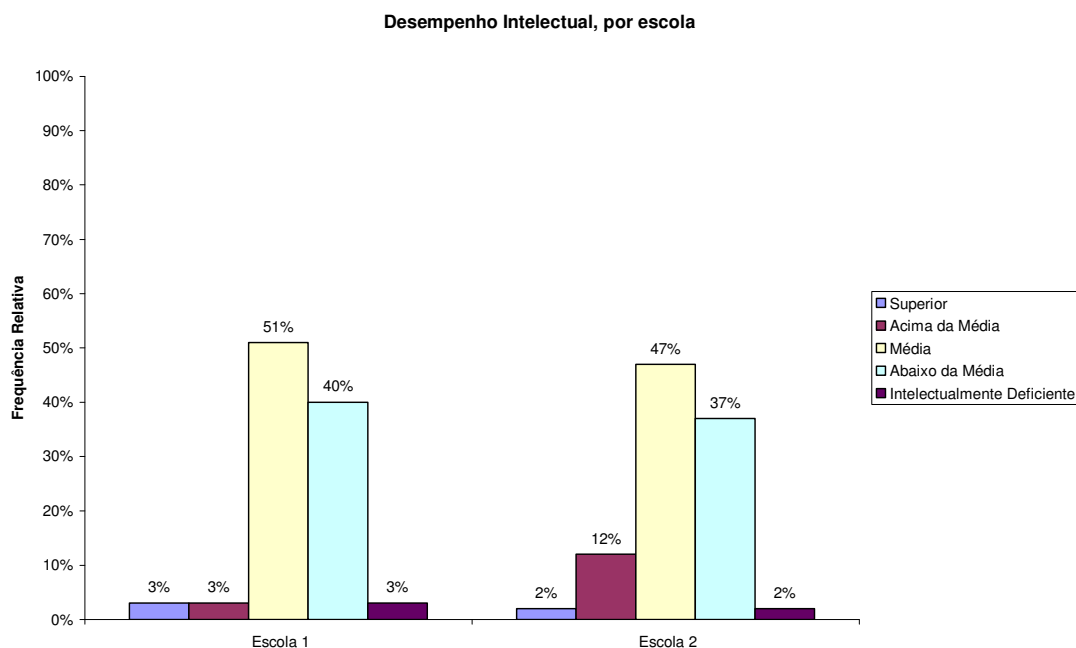


Figura 28 - Desempenho Intelectual dos alunos, separados por escola.

Considerando o gênero, observou-se, na Figura 29 que, 13% das meninas demonstraram desempenho intelectual superior, 37% na média, 47% abaixo da média e 3% intelectualmente deficiente. Para os meninos, 4% apresentaram desempenho intelectual superior, 5% acima da média, 55% na média, 34% abaixo da média e apenas 2% intelectualmente deficiente.

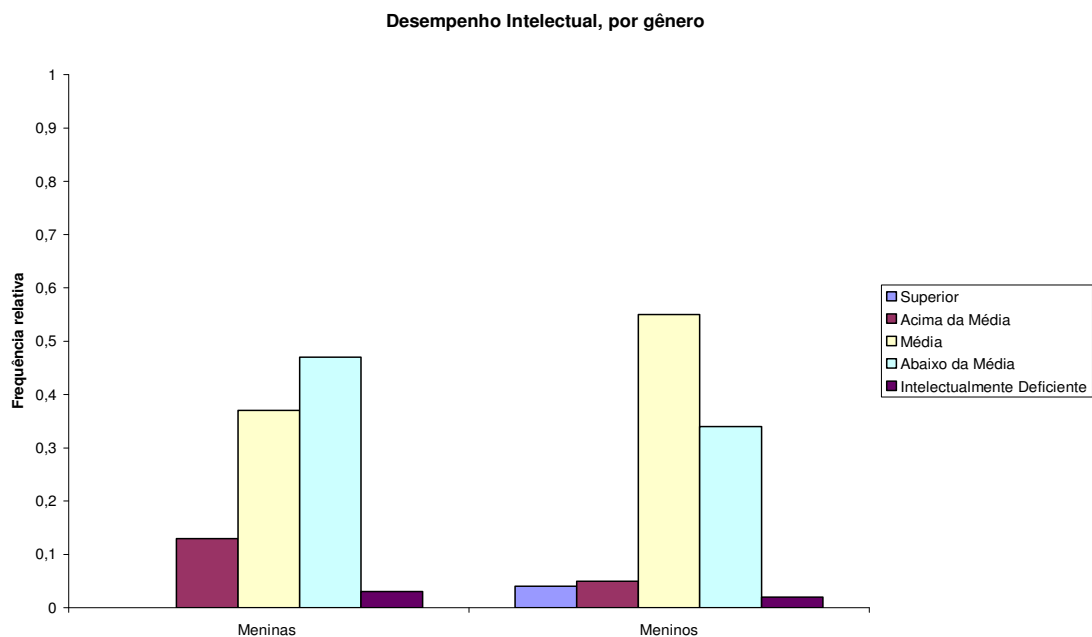


Figura 29 - Desempenho intelectual dos alunos, por gênero.

No Teste de Desempenho Escolar (TDE) notou-se que nenhum aluno de nenhuma escola apresentou desempenho Superior. Na Escola 1, 11% dos alunos apresentaram desempenho na média, 78% inferior e 11% não responderam ao teste. Na Escola 2, 6% dos alunos apresentaram desempenho na média, 92% inferior e 2% (o que corresponde a um aluno) faltaram na avaliação, conforme podemos verificar na Figura 30.

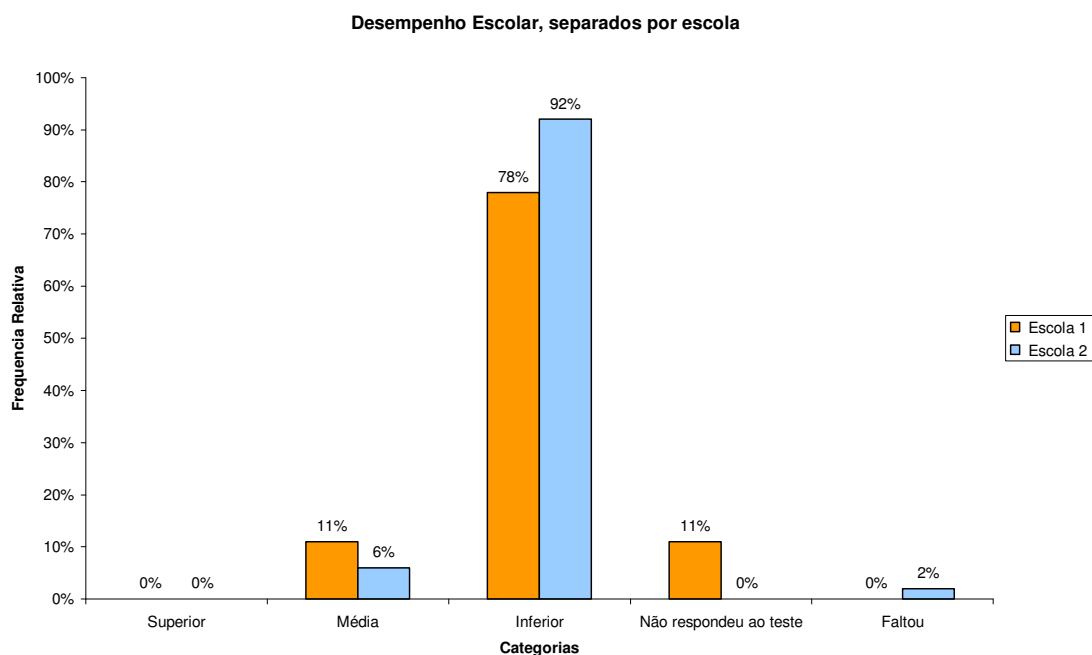


Figura 30 - Resultados do Desempenho Escolar dos alunos indicados, separados por escola.

Considerando o gênero dos alunos da Escola 1, 39% o que corresponde a 14 alunos, são meninas, destas, 3% mostrou desempenho na média, 28% delas inferior e 8% não respondeu ao teste. Para os meninos (61%, o que corresponde a 22 meninos) mostraram que 8% deles têm desempenho na média, 50% inferior e 3% não responderam ao teste.

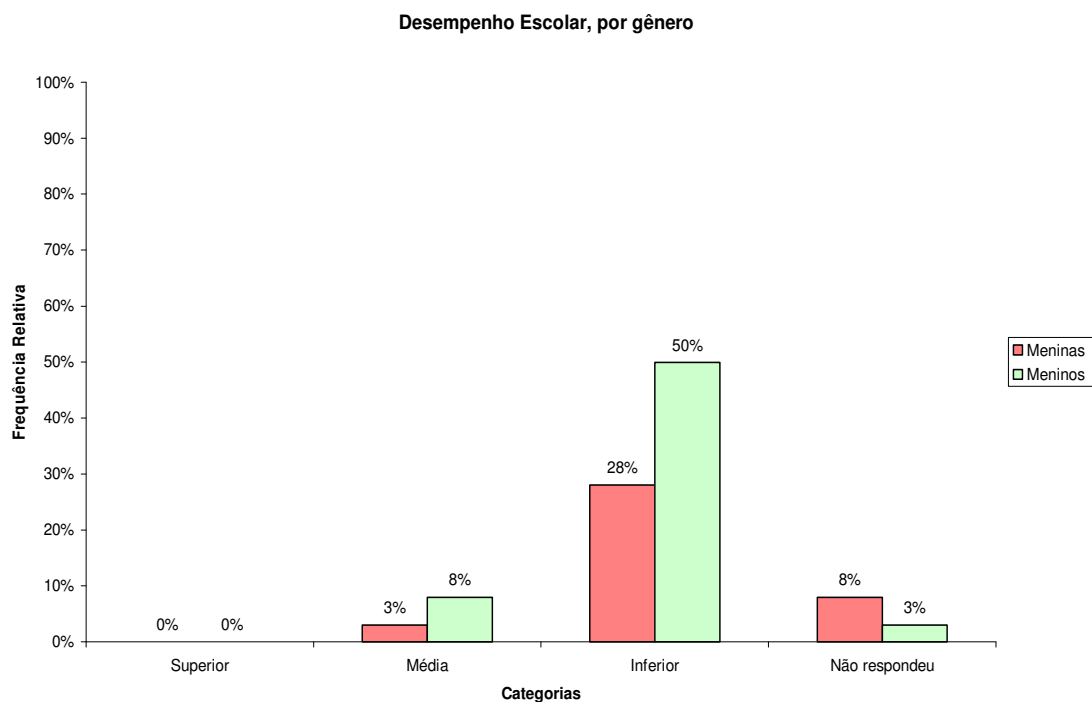


Figura 31 - Desempenho Escolar, por gênero, referente aos alunos da Escola 1.

Analisando o TDE dos alunos indicados da Escola 2, observou-se que dos 50 alunos indicados, 16 (32%) são meninas e 34 (68%) são meninos. Das meninas, 4% apresentaram desempenho na média e 28% inferior. Para os meninos 2% mostraram desempenho na média, 64% inferior e 2% (o que significa um menino) faltou no dia da aplicação do teste (Figura 32).

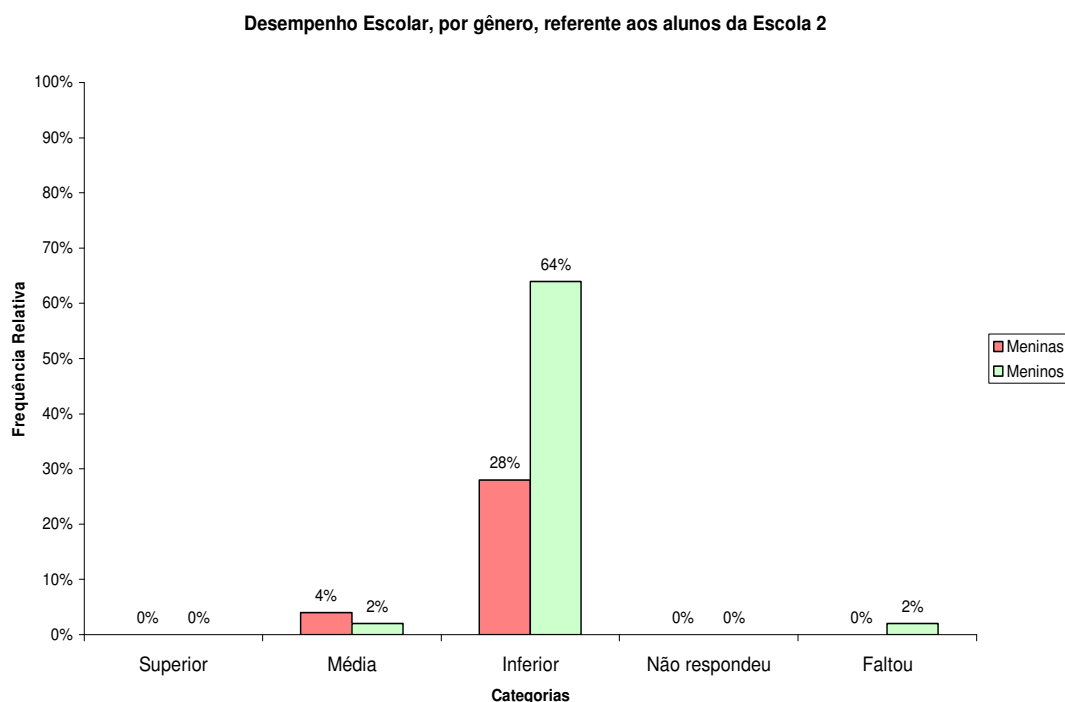


Figura 32 - Desempenho Escolar, por gênero, referente aos alunos da Escola 2.

3.5. Avaliação do Curso feita pelos 15 professores que participaram do mesmo

Na avaliação do curso, ao final, notou-se que, os professores deram notas significativamente altas (acima de 8.0) para todos os itens propostos: avaliação das aulas ministradas; tema e conteúdo das aulas; organização do tempo (início e término) no curso; postura da Psicóloga que ministrou o curso; clareza na explicação dos conteúdos e exercícios de casa propostos. No protocolo havia também um espaço para comentários, críticas, sugestões e auto-avaliação (Anexo 18).

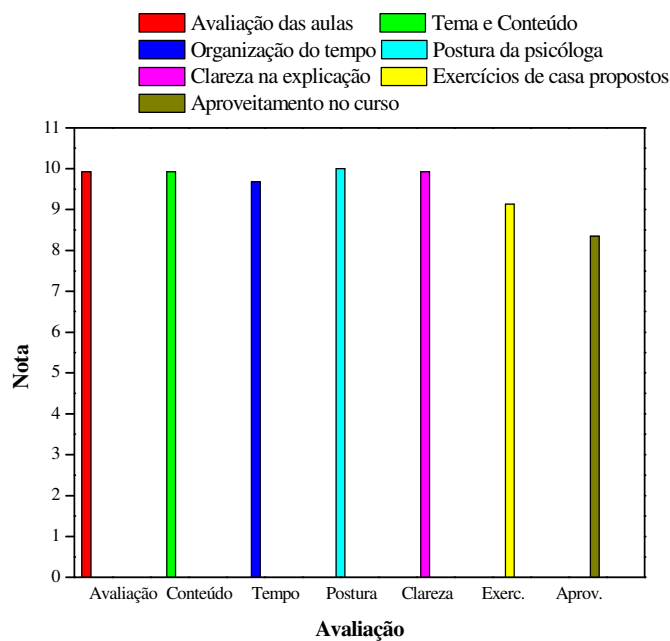


Figura 33 - Avaliação do curso pelos professores

Neste espaço, os professores foram unânimes em dizer que o tempo do curso (30 horas) não foi suficiente. Sugeriram que o curso fosse anual e começasse no 1º semestre e que fosse oferecido a todos os profissionais que trabalham com Educação. Todos elogiaram a postura, explicação e prontidão da psicóloga. Sugeriram como temas para próximos cursos: aprofundamento em técnicas de manejo para se trabalhar com alunos com TDAH; distúrbios de aprendizagem, dislexia; inclusão do deficiente no ensino regular e diferentes métodos de ensino para alunos com dificuldades de aprendizagem.

Com relação à presença dos professores no curso, 60% dos professores não faltaram em nenhum dia do curso, 34% deles faltaram apenas uma vez e apenas uma professora (6.6%) faltou duas vezes.

Na auto-avaliação 33% dos professores deram nota 9.0 para si mesmo, 60% se auto-avaliaram com nota 8.0 e uma professora (6.7%) faltou neste dia da auto-avaliação.

4. DISCUSSÃO

O Estudo 2 teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa de intervenção pedagógico-comportamental para os professores do Ensino Fundamental e caracterizar o desempenho dos alunos indicados como tendo TDAH.

Analisando o perfil dos professores de cada uma das escolas observou-se que os professores da Escola 2 são mais jovens, com menos tempo de profissão, porém foram os que participaram mais de cursos rápidos quando comparado aos professores da Escola 1. Considerando o conjunto dos participantes temos dois aspectos: a formação (Escola 2) e a experiência (Escola 1) que podem determinar, diferentemente, formas de lidar com crianças com transtorno de comportamento, como por exemplo, o TDAH. Parece importante conhecer sobre o transtorno para não confundi-lo com outras expressões como falta de limites, preguiça etc. (Mattos, 2005).

No conjunto dos professores observou-se que 73 % dos professores melhoraram seu desempenho da primeira para a segunda aplicação do Inventário sobre os sintomas de TDAH. Isto significa que houve mudança no relato verbal. Barkley (2002) lembra que o TDAH é um transtorno de difícil compreensão e ainda pouco conhecido entre professores. Avalia-se, todavia, que tal resultado pode significar um começo de mudança de atitude com relação ao transtorno. Segundo Hubner e Marinotti (2004), os professores, quando não sabem sobre TDAH, tendem a reagir aos problemas exibidos pelas crianças, tentando controlá-los e sendo mais autoritários com eles.

Barkley (2002) defende uma relação professor-aluno mais positiva, com o objetivo de garantir adaptações não só acadêmicas mas, também, sociais, a curto e a longo prazo. O autor enfatiza o papel decisivo do professor para o sucesso da criança na escola. Para isso ele precisa buscar urgente atualização e prosseguimento de estudos para poder fazer frente aos

novos conhecimentos e interpretações. Porém, só isso não garante o bom desempenho do professor frente a problemática do TDAH. Para Barkley (2002), fatores como localização da escola, se é pública ou particular, o tamanho da classe ou a remuneração do professor não são importantes. O que vale é particularmente o conhecimento e a experiência do professor com alunos com TDAH e a boa vontade para desempenhar esforços extras para entender as dificuldades que este aluno possua para promover um ano escolar feliz e repleto de sucessos.

Considerando os desempenhos em cada um dos sub-tipos analisados observou-se melhora em todos os itens analisados, da primeira para a segunda aplicação, com exceção de TDAH– tipo combinado que apresentou índice menor de melhora, o que mostra a importância de um Programa sobre o assunto para alterar o conhecimento dos professores sobre o tema.

Analisando a melhora do conhecimento sobre TDAH, a partir do relato dos professores, a definição de TDAH foi diferente da primeira para a segunda aplicação. Definições mais precisas e coerentes, afinadas com os sintomas que são indicados pelo DSM-IV, caracterizados pelos excessos ou déficits comportamentais foram observadas após a participação no programa. É possível que este fato ocorreu devido as informações científicas passadas sobre o transtorno, os exercícios práticos em sala de aula e a análise realizada pelo professor sobre o repertório e as contingências que controlam o comportamento seu e de seu aluno.

O programa foi elaborado de maneira que o professor pudesse utilizar os recursos ensinados, vistos que eles eram fáceis de implementar, rápidos, de baixo custo e adaptáveis a múltiplos contextos. O objetivo do programa de intervenção sobre TDAH para professores do Ensino Fundamental foi também de identificar e manipular as contingências relevantes quer a criança tenha ou não o TDAH, quer ela esteja medicada ou não.

O treinamento dos professores envolveu um processo voltado para análise funcional dos comportamentos emitidos pela criança em sala de aula, o manejo do comportamento em

sala de aula (técnicas comportamentais) para professor e programas e ambientes de trabalho estruturados. Ele foi elaborado sabendo-se que os déficits do comportamento inibitório e das funções executivas se traduziriam nas características básicas do transtorno, ou seja, falta de controle e aderência comportamental, falta de motivação intrínseca para completar tarefas, falta de comportamentos governados por regras e uma resposta errática sobre condições típicas da escola, que estão associadas a recompensas inconsistentes ou demoradas (STRAYHORN, 2002; HINSHAW, 2000). A organização do curso compreendia os cinco passos propostos por Herrero (2000): determinar antecipadamente os comportamentos objeto de modificação; levantar a linha de base de tais comportamentos; planejar um programa de contingências, especificando claramente os procedimentos a serem utilizados bem como a forma de aplicação; aplicar os procedimentos selecionados de forma contingente aos comportamentos que queremos modificar e, avaliar os resultados comparando pré e pós - aplicação.

Observou-se, no comportamento dos professores, interesse pelo programa: não faltaram; realizaram as tarefas propostas introduzindo as técnicas de manejo em sala de aula; relataram o quanto as instruções do curso contribuíram para ensiná-los a lidar com o comportamento inadequado de outros alunos e, ainda, observaram generalizações de comportamentos adequados dos alunos em outros ambientes (ex. intervalo das aulas).

Tendo em vista a indicação de alunos possivelmente portadores do transtorno observamos um grande número de indicações para estes professores. Neste estudo observamos que os 15 professores indicaram 105 alunos, em média 26% dos alunos de cada sala. Observou-se, ainda a supremacia de indicações de meninos sobre as meninas. Foram indicados 60% de meninos contra 40% de meninas. Acredita-se que a maior proporção de meninos pode ser resultado da associação de comportamentos disruptivos que levariam a uma maior agitação em sala de aula e possível encaminhamento desses alunos a profissionais

especializados. Os primeiros estudos sobre TDAH já mostravam esta prevalência. Em 1968, Paine encontrou uma frequência de quatro meninos para uma menina, e, ainda no mesmo ano, Werry encontrou uma frequência bem distinta 9:1. Szatmari e colaboradores (1989), também mostraram uma prevalência de 9% para meninos e 3% para meninas, com uma frequência de 3:1.

Em ambas as escolas foram inicialmente indicados mais meninos de 3ª série, já as meninas são principalmente alunos da Sala de Reforço e da 2ª série. É nesta fase que as dificuldades de aprendizagem e/ou comportamentais se manifestam mais intensamente e são listadas pelos professores como de difícil controle. Neste estudo observou-se a prevalência da indicação de meninos comparado as meninas. No pré-teste a indicação na Escola 1 foi de 5:3, na Escola 2 foi de 4:2. Já no pós teste na Escola 1 a indicação de meninos e meninas foi de 2:1 e na Escola 2 foi de 5:1. Importante ressaltar que, com relação ao desempenho acadêmico 62% dos meninos e 43% das meninas se encontravam abaixo da média. McCall (1994) mostra que há preponderância do sexo masculino sobre o feminino no que se refere ao número de casos de baixo desempenho escolar, na proporção que varia de 2:1 a 3:1.

Além da informação sobre o desempenho escolar dada pelo professor, avaliações formais foram conduzidas com o objetivo de estabelecer um perfil de alunos indicados possivelmente com TDAH. Os resultados obtidos no Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven mostraram resultados diferentes dos professores. Dos alunos 57% da Escola 1 e 61% da Escola 2, mostraram desempenho intelectual na Média e Acima dela quando comparados aos seus pares de idade cronológica. Destes, 50% são meninas e 64% são meninos.

Todavia, os resultados obtidos no Teste de Desempenho Escolar, onde 78% dos alunos da Escola 1 e 92% dos alunos da Escola 2, mostraram desempenho inferior se mostraram

compatíveis com a visão do professor. Neste Teste os meninos foram piores do que as meninas: apenas 28% são meninas da Escola 1 e 28% da Escola 2.

Rohde e colaboradores (2003) dizem que nem todo indivíduo com TDAH apresenta dificuldades na aprendizagem, porém, as condições de ensino oferecidas a ele pode resultar em desempenho acadêmico insuficiente. As dificuldades atencionais podem ser compensadas pelo uso de um bom potencial intelectual, interesse pelo conhecimento e condições didáticas adequadas.

Avaliando o atual contexto educacional brasileiro, encontramos uma série de fatores que contribui para um baixo rendimento escolar, como a superlotação das salas de aula e o despreparo dos professores, reflexo da defasagem na formação profissional e da sua má remuneração financeira (BENCZIK, 2000). Todavia não podem ser considerados como fatores determinantes (BARKLEY, 2002).

Crianças com TDAH frequentemente tem dificuldades comportamentais e baixo desempenho acadêmico. A presença de professores compreensivos e que dominem o conhecimento a respeito do transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e a oportunidade para se engajar em atividades que conduzem ao sucesso na sala de aula são imperativas para que um aluno que possui ou não o TDAH possa desenvolver todo o seu potencial.

Hubner e Marinotti (2004) e Vasconcelos (2000) destacam que os problemas apresentados pelas crianças, na escola, são, em geral, atribuíveis a dificuldades do próprio aluno. No entanto, chama a atenção para as condições de ensino fornecidas aos alunos que estão longe do que poderia ser considerado adequado. A escola parece que não está preparada para lidar com crianças que não conseguem aprender através das estratégias usuais ou no mesmo ritmo das outras crianças.

Dupaul e Stoner (2007) relatam que o desempenho acadêmico da maioria das crianças com TDH é deficiente devido a seus fracos hábitos de estudo, a falta de conclusão dos trabalhos e a erros nos trabalhos feitos na sala de aula, lições de casa e em testes. Além disso, cerca de um terço desses estudantes está significativamente abaixo da média em termos de habilidades acadêmicas e, portanto, é identificado como alguém com deficiências na aprendizagem.

Alguns estudos têm mostrado que a taxa de prevalência do TDAH é semelhante em ambos os sexos. Breen e Altepeter (1990), em estudos sobre diferenças comportamentais e cognitivas entre meninos e meninas com TDAH, observaram que não houve diferença significativa entre os sexos. Esse foi o primeiro trabalho a divergir dos pesquisadores anteriores. Barbosa e colaboradores (1997) e Rohde e colaboradores (1999b) também não encontraram diferenças significativas entre os gêneros. No estudo de Barbosa e colaboradores (1997) a taxa foi de 1,7 meninos para cada menina.

Os professores, após a participação no programa melhoraram o desempenho tanto no Inventário como na definição de TDAH e indicaram menos alunos como possíveis portadores do transtorno. Na 1ª. Avaliação, provavelmente eles estavam mais sob o controle dos comportamentos indesejáveis – seja por sua frequência ou grau de incômodo que provocavam e, por isso, ignoravam as eventuais ocorrências de comportamentos desejáveis e/ou incompatíveis com aqueles que se pretende eliminar ou reduzir, resultando na utilização de rótulos, que nem sempre são verdadeiros. Segundo Hubner e Marinotti (2004) a identificação da criança com algum quadro ou transtorno pode gerar a estigmatização da mesma, pelos adultos ou mesmo colegas: assume-se o rótulo como sinônimo de “esta criança é deste jeito e assim será para sempre”. Esse rótulo contribui mais para que o problema persista ou se agrave do que para que seja minimizado.

Após a indicação dos possíveis alunos portadores de TDAH, pais e professores responderam ao Protocolo para Hipótese Diagnóstica para cada um deles.

Um dado interessante foi à adesão dos pais ao trabalho desenvolvido. Dos pais ou responsáveis dos alunos envolvidos, 98% participaram do estudo. Entre estes, 73% eram mães. Culturalmente, as mães são designadas como as principais responsáveis pelas questões referentes à educação de seus filhos.

Os resultados obtidos mostraram que 58% dos pais da Escola 1 e 50% dos pais da Escola 2, não relataram sintomas que caracterizariam o transtorno. Entre os professores, as hipóteses diagnósticas para seus alunos que prevaleceram para os da Escola 2 dividiram-se entre TDAH e TDA enquanto que, para os da Escola 1 dividiram-se entre Não possuem o transtorno, TDAH e TDA.

Notou-se que pais e professores da Escola 1 apresentaram um índice alto de acordos (56%) seja no identificar ou não a ocorrência do transtorno, quando comparado com os pais e professores da Escola 2. Em contrapartida, observou-se desacordo entre as hipóteses diagnósticas entre pais e professores da Escola 2.

Com relação ao gênero, houve mais acordo entre pais e professores com relação às meninas da Escola 1, enquanto que para os meninos o maior índice foi de desacordo.

Knapp e colaboradores (2004) dizem que em relação à fonte de informações, sabe-se que existe baixa concordância entre informantes (crianças, pais e professores), dado este compatível com nossa pesquisa. Os pais parecem ser bons informantes para os critérios diagnósticos do transtorno. Os professores tendem a superinformar os sintomas de TDAH, principalmente quando há presença concomitante de outro transtorno disruptivo do comportamento (KNAPP et al., 2004).

Sabemos que a colaboração e a comunicação entre pais, professores e profissionais envolvidos com o aluno é um dos aspectos vitais para o sucesso escolar. Daí justifica-se a

importância de profissionais clínicos darem suporte aos professores. Esse suporte deve ser tanto teórico, em termos de informações sobre o transtorno e quais as melhores formas de ajudar essas crianças, quanto prático, como por exemplo, no auxílio na resolução de conflitos que vão ocorrendo (ROTTA et al., 2006).

CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

A identificação do nível de conhecimento de professores de ensino fundamental, sobre TDAH, possibilita a organização de intervenções pontuais que agem como estratégias, tanto pedagógicas como de manejo comportamental, obtendo-se maior desempenho acadêmico, de alunos com o transtorno, o que melhora seu desenvolvimento. Desenvolver este trabalho com professores de ensino fundamental foi importante porque pode resultar em ações favoráveis ao desenvolvimento do aluno, logo no início da sua carreira acadêmica.

Este estudo pretendeu descrever como professores de ensino fundamental definem TDAH, identificam os seus sintomas e a frequência de encaminhamentos de possíveis crianças indicadas como portadores de TDAH. A identificação dos sintomas e a definição do transtorno mostram o que os professores são capazes de relatar sobre ele. Como os participantes pertenciam, ainda que na mesma cidade, a duas escolas diferentes, os resultados mostraram diferenças entre eles.

O conjunto de professores apresentou poucas informações sobre TDAH. Cerca de 27% deles acertaram mais de 80% dos sintomas de TDAH. Dos professores da Escola 1, 33% acertaram mais de 80%, para 21% dos professores da Escola 2. Ainda que os professores da Escola 1 fossem mais jovens e mais envolvidos em cursos de formação continuada, neste estudo, pareceu prevalecer a experiência dos professores da Escola 1.

Quanto à identificação dos alunos com o transtorno, observou-se que os professores da Escola 1 indicaram, no conjunto, menos alunos do que os da Escola 2, porém o índice de indicações da Escola 1 foi superior ao encontrado na literatura. Este dado confirma que, por não conhecerem os sintomas específicos para TDAH, os professores não sabem identificar o aluno com o transtorno, confundindo-o com outras patologias ou simplesmente com problemas de comportamento ou de aprendizagem advindos de questões relacionadas à

deficiência no ensino ou práticas educativas deficientes. Esta conclusão é reforçada pelo número maior de crianças das Salas de Reforço indicadas por seus professores e pelo desempenho acadêmico abaixo do esperado, segundo os professores. Esses resultados gerais, apresentados no Estudo 1, confirmaram a necessidade de um programa que vise minimizar tais condições.

No Estudo 2 foi conduzido um programa com o objetivo de informar sobre TDAH e manejo comportamental. O critério para a escolha dos participantes foi a indicação, por eles, de mais de três alunos da sua sala de aula. Avaliações antes e depois do mesmo foram conduzidas, pretendendo avaliar sua efetividade. Após a participação no curso de Extensão “TDAH: Possibilidades de Intervenção Efetiva” o número de indicações de alunos feitas pelos professores reduziu em 35%.

Este tipo de iniciativa junto a professores foi relevante, uma vez que a identificação dos sintomas para TDAH e sua definição melhoraram, significativamente, da primeira para a segunda aplicação. A proposta de realização do programa, caracterizada como formação continuada em serviço, propicia ao participante a oportunidade de desenvolver atividades em situação de sala de aula e discutir seus resultados no coletivo dos professores, sob a supervisão direta do docente responsável pelo programa. Além disso, houve a diminuição em 35% dos alunos indicados em relação ao começo do programa.

Outro conjunto de informações foi coletado, a partir da aplicação do Protocolo para Hipótese Diagnóstica aplicada com os professores e pais para cada um dos alunos indicados. Notou-se a necessidade de um instrumento sistematizado que permitisse a identificação das crianças com TDAH para implementação de atendimento diferenciado na sala de aula e, ainda, seu encaminhamento para profissionais especializados para a complementação do diagnóstico e a tomada das providências cabíveis em cada caso.

É preciso observar os sintomas, em diferentes contextos. Os dados obtidos foram condizentes com a literatura, pois mostraram que os professores tendem a identificar mais comportamentos típicos para TDAH do que os pais e que o diagnóstico conjunto é a melhor forma, abrindo caminho para o diálogo entre as partes em prol do desenvolvimento harmonioso do aluno. Observou-se que a experiência do professor pareceu mais eficiente no identificar TDAH do que os professores mais jovens, ainda que mais “informados”, uma vez que houve um índice maior de concordância entre os pais e professores da Escola 1 do que os da Escola 2.

A presença do transtorno, se o aluno não for exposto a condições favoráveis de ensino, pode resultar em defasagens intelectuais e acadêmicas. Para a amostra dos alunos indicados pelos professores como possíveis portadores do transtorno foi realizada a avaliação de desempenho intelectual e acadêmico.

Esses alunos, ainda que apresentassem desempenho intelectual, na maioria, dentro da média, o seu desempenho escolar foi abaixo da média, tanto no instrumento utilizado (TDE) como no relato dos professores. É possível que o professor, por acreditar menos, também ofereça menos para os alunos, ou ainda, por não conhecerem sobre o transtorno, não utilizam estratégias para lidar com seu repertório comportamental, o que acaba prejudicando seu acesso aos conteúdos acadêmicos. Os meninos da amostra, por exemplo, apresentaram desempenho intelectual melhor do que o das meninas e, no entanto, seu desempenho acadêmico foi pior.

Algumas sugestões podem ser feitas, pretendendo colaborar com o avanço do conhecimento sobre o assunto: condução de pesquisas realizadas no contexto escolar que desenvolvam programas pedagógico-comportamentais junto a professores não só de ensino fundamental como também de ensino médio; desenvolvimento de tecnologia para a identificação dos sintomas do TDAH; relato de pais e professores a partir da observação de

comportamentos em cada contexto e, em pelo menos dois deles, elaborar material informativo sobre TDAH contendo estratégias para desenvolvimento do comportamento de autocontrole dos alunos.

A condução do Programa Pedagógico Comportamental sobre TDAH recomendado para todos os professores, independente da série que lecionam, pois auxilia a percepção e domínio do tema e posterior manejo adequado em sala de aula, contribuindo para o desenvolvimento global dos alunos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 Suppl 10:85-121.

ANDRADE, S.A. *Teoria e Prática de dinâmica de grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ANGELINI, A, ALVES, I. CUSTÓDIO, E. & DUARTE, W. *Manual das Matrizes Progressivas Coloridas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

AUGUST; GARFINKEL, 1989; DYKMAN; ACKERMAN, 1999. Effects of event probability and sequence on children with attention-deficit/hyperactivity, reading, and math disorder. *Biological Psychiatry*, Volume 52, Issue 8, Pages 795-804.

BAUMGAERTEL, A et al. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a german elementary school sample. *J. Am. Child Adolesc.*, v.34, n.5, p. 629-638, 1995.

BARBOSA, G. A.; DIAS, M. R.; GAIÃO, A. A. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Connors em escolares de João Pessoa – Brasil. *Rev. Infanto*, v.5, n.3, p.118-125, dez.1997.

BARKLEY, R.A. *Attention déficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press, 1990.

BARKLEY, R.A. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*, 2nd edition. New York: The Guilford Press, 1998.

BARKLEY, R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, v, 121, n.1, p. 65-94, 1997.

BARKLEY, R.A. *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford, 2000.

BARKLEY, R.A. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEE, H. L. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BENCZIK, E. P.B. *Manual da escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BENCZIK, E. B.P.; BROMBERG, M. C. Intervenções na escola. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P. & cols. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BIEDERMAN J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry*; 59:4-16, 1998.

BIRCH, S.H. & LADD, G.W. Children's interpersonal behaviors and the teacher child relationship. *Developmental Psychology*, vol.34, n.5, p. 934-946, 1998.

BRASIL, Ministério da Educação. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Secretária de Educação Especial – MEC; SEESP, 2001.

BREEN, M.J; ALTEPETER, T.S. Situational variability in boys and girls identified as ADHD. *J. Clin. Psychol.*, v.4, n.46, 1990.

BREETON, J.J. et.al. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v. 3, n.40, p.375-384, marc, 1999.

BROWN, RT; FREEMAN, WS; PERRIN, JM, STEIN, MT; AMIER, RW, FELDMAN, HM, et. al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*. 2001; 107 (3).

CASTROVIEJO, I. Guía práctica diagnóstica y terapéutica. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Barcelona: César Viguera, 2001.

CONDEMARÍN, M; GOROSTEGUL, M.E; MILICIC, N. *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa*. Ed. Planeta. 1a. ed, 2006.

CULPEPPER, M. D. Primary Care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. v, 67, n. 9, 2006.

CYPEL, S. *Déficit de atenção e hiperatividade – e as funções executivas: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde*. 3ª Edição – São Paulo: Lemos Editora, 2007.

DSM-IV – TR. American Psychiatric Association: *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

DUPAUL, G.J.; STONER, G. *TDAH nas escolas*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2007.

ESCUDEIRO, M.L. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: atribuição de causalidade e diagnóstico. *Psicologia em Pediatria*, v. XXXVII, n.9, p.477-482, 2001.

FARAONE, SV. et. al. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder in their siblings. *J. Abnorm Psychol.* Nov, 102 (4), 616-23, 1993.

FARAONE S.V et.al. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2003;2:104-13.

GHERPELLI, J. L.; REED, U. C. Distúrbio do déficit da atenção Hiperatividade (DDAH). In: *Guia de Atualização Terapêutica*, 1997.

GRAETZ B. W et al. Validity of DSMIV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* n. 40, p.1410-1417, 2001.

HALPERN, R. FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.80, n.2, p.104-110, 2004.

HERRERO, M. J. PRESENTACIÓN. *Educação de alunos com necessidades especiais: bases psicológicas*. EDUSC, Bauru, S.P, 2000.

HINSHAW, S.P. ADHD. The search for viable treatments. In: Kendall, PC. *Child and adolescent therapy cognitive-behavioral procedures*. 2ª. edition. New York: The Guilford Press, p.88-128, 2000.

HUBNER, M. M.; MARINOTTI, M. Revisando diagnósticos clássicos relativos às dificuldades de aprendizagem. In: HUBNER, M. M.; MARINOTTI, M (org.). *Análise do comportamento para a educação: Contribuições recentes*. Santo André: ESETec, 2004. p.307-317.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EDUCACIONAIS / INEP (2004). *Resultados do SAEB 2003*. Disponível em <http://www.inep.gov.br>. Acesso em 09/02/2008.

JENSEN, P.S. et.al. Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: findings from a two-stage community survey. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.34, n.1, p.1514-1524, 1995.

JENSEN, P.S. et.al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 38, n.12, p.1569-1579, 1999.

JENSEN, P.S. The national institute of health attention deficit/hyperactivity disorder consensus statement: implications for practitioners and scientists. *C.N.S Spectrums*, v.5, n.6, Jun, 2000.

KNAPP, P. et. al. *Terapia Cognitivo-Comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KNAPP, P et al. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. São Paulo: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; LYKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J.; CARIM, D. B.; ROHDE, L. A. Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P. & cols. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, cap. 13, p.183-197, 2003

KUBO, O; BOTOMÉ, S. *Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais*. Interação em Psicologia, América do Sul, 2005.

MANNUZZA, S.; KLEIN, R.G.; BESSLER, A. et al. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* n. 36, p.1222-7, 1997.

MATTOS, P. *No mundo da lua*. Perguntas e Respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2005.

MAYES et al. Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders: *Journal of Learning Disabilities*. n. 33, p. 417-424, 2000.

MCCALL R.B. - Academic underachievers. *Curr Dir Psychol Sci* 3:15-19, 1994.

MENEZES – FILHO, N. Os determinantes do desempenho escolar do Brasil. Salvador: CME/FCE/UFBA, 2002. Mimeografado.

MESSINA, L. F.; TIEDERNANN, K. B. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma perspectiva compreensiva. *Ciência Hoje*, jan. 2006. Disponível em <http://www.cienciahoje.pt/index>. Acesso em 09/02/2008.

MORGAN, A.M. *The Pediatric Clinics of North America*. n. 46 (5), p.832-843, 1999.

O'NEIL, R et.al. Generalized reduction of difficult behaviors: Analysis and intervention in a competing behaviors framework. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, p. 5-21, 2005.

PASTURA, G. M. C. *Desempenho escolar e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PAINE, R. S. Syndrome of minimal cerebral damage. *Pediatr. Clin. N. Amer.*, v.15, p.779-801, 1968.

PHELAN, T.W. TDA/TDAH. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

PERRIN, J.M. Prevalence of Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *Pediatrics*. v.107, n.03, p.43, março, 2001.

QUEIROZ, P.P.; GUILHARDI, H.J. Redução da agressividade e hiperatividade de um menino pelo manejo direto das contingências de reforçamento: um estudo de caso conduzido de acordo com a Terapia por Contingências. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETEC, v.11, cap. 25, 2002, p. 249-270.

RJALES, I. *Déficit de atención com hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Ciências de la Educación Preescolar y Especial. CEPE, 2001.

RIZO, L.; RANGÉ, B. Crianças desatentas, hiperativas e impulsivas: Como lidar com essas crianças na escola? In: BRANDÃO, M.Z.C & cols. *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETec, v.11, cap. 37, 2003.

ROHDE, L. A.; BENZIK, E. B. P. *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – O que é e como ajudar*. Porto alegre, RS: Artes Médicas, 1999.

ROHDE, L. A. et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, n.38, p.716-722, 1999b.

ROHDE LA, BIEDERMAN J, BUSNELLO ED, ZIMMERMANN H, SCHMITZ M, MARTINS S, et. al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. v. 6, p.716-22, 1999.

ROHDE LA, BARBOSA G, TRAMONTINA S, POLANCZYK G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. *Rev Bras Psiquiatr*. v.22 Supl 2, p. 7-11, 2000.

ROHDE, L.A., MATTOS, P. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização*. J. Pediatr., v.80, n.2, 2004

ROHDE, L. A.; DORNELES, B. V.; COSTA, A. C. Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, cap. 24, p. 365-373, 2006.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER,L.; RIESGO, R. S. *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ROTTA, N. T. Transtorno da atenção: aspectos clínicos. In: ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SHAYWITZ, B. A.; SHAYWITZ, S.E. Attention deficit disorder comes of age towards the 21st century. *Child Neurology Course*, American Academy of Neurology, may, 1992.

SIEGEL, S. *Estatística não paramétrica (Para Ciências do Comportamento)*. McGraw-Hill, São Paulo, 342p, 1981.

STEIN, L.M. TDE – *Teste de Desempenho Escolar: Manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

STRAYHORN, J.M. Self-control: theory and research. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.41, p. 7-16, 2002.

SZATMARI, P.; OFFORD, D. A.; BOYLE, M. H. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J. Child Psychiatry*, v.30, n.2, p.219-230, 1989.

SZOBOT, C et.al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, V.23, P. 32-7. Supl 1, 2001.

VASCONCELOS, L. A. Análise comportamental do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: implicações para avaliação e tratamento. In: GUILHARDI, H. J. (org.). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETec, v.10, cap.15, p.144-154, 2002.

WEISS, G.; HECHTMAN, L.; PERLMAN, T. et.al. Hyperactives as young adults: a controlled prospective 10-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiatry* 36: 675-81, 1985.

WENDER, P.H et.al. *Adults with ADHD*. In Overview. Adult Attention Deficit Disorder (Brain mechanisms and life outcomes). Ed. Wasserstein. N.Y. Acad Sci. v. 931: p. 1-16, 2001.

WERRY, J. S. – The diagnosis, etiology, and treatment of hyperactivity in children. *Learning disorders*, v.3, p.173-190, 1968.

WORAICH, M.L. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.35, p. 319-324, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 21ª Reunião Ordinária realizada no dia 03 de julho de 2006, na Sala 01 do Prédio da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da UNESP, Câmpus de Bauru, às 09h30, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto “**TDAH: Avaliando e refletindo sobre manejo comportamental com professores de ensino fundamental**” sob responsabilidade da Professora Doutora Olga Maria Piazzentim Rolim Rodrigues.

Bauru (SP), 03 de julho de 2006


PROF. DR. AMAURI GOUVEIA JUNIOR
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Ciências

unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Comitê de Ética e Pesquisa
Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, s/nº - Vargem Limpa - Bauru/SP - Cep: 17003-360
Fone: (14) 221-6000 (Ramal 8440) - e-mail: cefiat@fc.unesp.br

**ANEXO 2 - PROTOCOLO PARA DEFINIÇÃO DE TDAH E INDICAÇÃO DOS
ALUNOS PORTADORES DO TRANSTORNO**

Nome: _____ Data: ____/____/____

Para você (professor) o que é: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):

Faça uma lista dos alunos que você acha que tem TDAH e que precisam de acompanhamento psicológico

Nome do aluno	Desempenho Escolar
1.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
2.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
3.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
4.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
5.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
7.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
9.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
10.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média
11.	() acima da média () dentro da média () abaixo da média

ANEXO 3 - INVENTÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DO TDAH

ROSSI, Liene Regina; RODRIGUES, Olga M. Piazzentin Rolim; JUNIOR, Amauri Gouveia.

Nome do Professor: _____

Série que leciona: _____ Há quanto tempo nessa série: _____

Escola: _____

Idade: _____ Tempo de profissão: _____

Formação:

() Magistério

() Pedagogia

() Pós-Graduação

() Outros: Quais _____

Tem cursos de formação continuada? Quais?

Abaixo há uma série de descrições de comportamentos frequentemente apresentado pelos alunos na escola, dentre eles os comportamentos referentes a crianças que possuem o TDAH. Faça um “X” nos itens que correspondem ao TDAH:

1. () Não presta atenção em detalhes ou comete erros por omissões em atividades escolares, de trabalho ou outras
2. () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média
3. () As habilidades de escrita estão acentuadamente abaixo do nível esperado
4. () Comprometimento qualitativo da interação social, da comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades
5. () Dificuldade para manter a atenção nas tarefas e atividades lúdicas
6. () Abandona sua carteira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
7. () Falta de flexibilidade, é imprevisível
8. () Fracasso em usar os sons da fala esperados para o estágio do desenvolvimento
9. () Não segue instruções e não termina seus deveres escolares
10. () Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
11. () Fala em demasia
12. () Comprometimento grave e persistente da interação social, interesses e atividades
13. () Difícil de agradar
14. () Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais a criança é exposto a pessoas estranhas. A ansiedade é expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações
15. () É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
16. () Age como se estivesse a “todo o vapor”
17. () O desempenho em atividades diárias que exigem coordenação motora está substancialmente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica e a inteligência medida do indivíduo
18. () Não aprende com erros passados
19. () Dificuldades de linguagem receptiva e expressiva que acabam interferindo significativamente no rendimento escolar ou na comunicação social
20. () Rendimento em leitura está acentuadamente abaixo do nível esperado
21. () Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra

22. () Dificuldade para organizar tarefas e atividades
23. () Corre ou escala em demasia, em situações impróprias
24. () Não tem noção de perigo
25. () Comportamento motor repetitivo, não funcional e aparentemente intencional (p.ex., agitar as mãos ou acenar, bater a cabeça, levar objetos a boca, morder partes do corpo, beliscar a pele, golpear o próprio corpo), comportamento que interfere acentuadamente nas atividades normais ou provoca lesão corporal auto-infligida que exige tratamento médico
26. () Fica aborrecida com atividades não estimulantes ou rotineiras
27. () Apresenta percepção sensorial diminuída
28. () Tiques motores e/ou vocais, isolados ou múltiplos (i.e, movimentos ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas e estereotipadas)
29. () Capacidade matemática está acentuadamente abaixo do nível esperado
30. () Evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante
31. () Perde as coisas necessárias para tarefas ou atividades
32. () Agressividade
33. () Dificuldade para aguardar sua vez
34. () Perturbação na fluência e no ritmo da fala: repetição de sons e sílabas, repetições de palavras monossílabas completas, palavras truncadas, dentre outras que acabam atrapalhando o rendimento escolar
35. () Apresenta esquecimento em atividades diárias
36. () Comportamentos incendiário e proposital em mais de uma ocasião. Tensão ou excitação afetiva antes do ato
37. () Dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
38. () Dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas
39. () Interrompe ou se intromete em assuntos alheios
40. () Perturbação persistente da personalidade que envolve um acentuado desvio do desenvolvimento normal
41. () Dificuldade em terminar uma atividade ou trabalho
42. () Déficits ou comprometimentos no funcionamento adaptativo atual em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança
43. () Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas (ex. na escola), apesar de falar em outras situações
44. () Apresenta problemas de sono
45. () Frustra-se com facilidade
46. () Perturbação da linguagem expressiva que pode manifestar-se por sintomas que incluem um vocabulário acentuadamente limitado, erros nos tempos verbais ou dificuldades com a evocação de palavras ou com a produção de frases de extensão ou complexidade próprias do estágio evolutivo
47. () Não reconhece os limites dos outros
48. () Fracasso recorrente em resistir a impulsos de furtar objetivos desnecessário para o uso pessoal ou destituídos de valor monetário
49. () Apresenta comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível
50. () Dificuldade de relacionamento com colegas e nos estudos.

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ENSINO



Bauru, 24 de Julho de 2006.

Ao
Sr. Laércio Francisco Bernardes
Diretor Municipal de Educação de Areiópolis

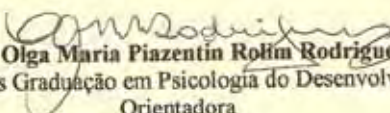
Ref.: Solicitação de autorização para realizar visita às escolas e fazer convite aos professores.

Eu, Liene Regina Rossi, psicóloga graduada pela Universidade do Sagrado Coração (USC), CRP nº 73.943/06, mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, campus de Bauru, orientada pela Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, venho, respeitosamente, solicitar autorização para visitar as escolas do município de Areiópolis e efetuar convite aos professores do Ensino Fundamental para participar de pesquisa referente ao meu projeto de mestrado. O projeto refere-se ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e prevê a coleta de informações sobre TDAH com todos os professores; a avaliação de alunos; entrevista com alguns pais e a realização de um curso com professores sobre o tema. Segue, em anexo, cópia do parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP e do projeto de pós-graduação, para análise de V.Sa. Coloco-me a disposição para os esclarecimentos necessários. Antecipadamente agradeço a atenção a esta solicitação.

Atenciosamente,


Liene Regina Rossi

Psicóloga Mestranda do Programa de Pós-graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem
CRP: 73.943/06


Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem
Orientadora
CRP: 09.031/06


Laércio Francisco Bernardes
Diretor Municipal de Educação
RG 8.851.533

unesp 

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

SEÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube s/n Várzea Limpa - Bauru/SP - CEP: 13205-300
Fones: (14) 231-6027 e-mail: apf@fcd.unesp.br site: www.fcd.unesp.br

ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFESSORES

Nome da pesquisa: “EFEITOS DE UM PROGRAMA PEDAGÓGICO-COMPORTAMENTAL SOBRE TDAH PARA PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Pesquisadora responsável: Liene Regina Rossi

Informações dadas aos professores (as): Você, professor, está sendo convidado a participar de um estudo sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Esta pesquisa tem por objetivo descrever como os professores definem TDAH, avaliar os alunos identificados pelos professores como portadores de TDAH, implementar um curso para informar sobre TDAH e oportunizar reflexão sobre manejo comportamental eficiente; e investigar se o Curso altera a definição e a identificação de alunos portadores de TDAH. Informamos que os professores não terão quaisquer despesas ao participarem desta pesquisa. Os professores têm liberdade de se recusar a participar e de retirar seu consentimento, a qualquer momento, caso alguma coisa lhes desagrade, sem qualquer problema para eles. Eu, pesquisadora, estou compromissada com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, assegurando total sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, estou ciente de que faço parte da pesquisa. Contribuirei com dados através das respostas ao protocolo e questionário sobre TDAH. Declaro estar ciente: a) do objetivo do projeto; b) da segurança de que não seremos identificados e de que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas com nossa privacidade e c) de ter a liberdade de recusar a participar da pesquisa.

Areiópolis, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do (a) professor (a)

Assinatura da pesquisadora responsável

**ANEXO 6 – QUESTÕES REFERENTES AO TDA, TDH, TDAH e OUTRAS
PATOLOGIAS DE ACORDO COM O DSMIV (2002)**

1. () Não presta atenção em detalhes ou comete erros por omissões em atividades escolares, de trabalho ou outras - **TDA**
2. () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média - **R.M**
3. () As habilidades de escrita estão acentuadamente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e o nível escolar próprios da idade do indivíduo - **Transtorno da Expressão Escrita**
4. () Comprometimento qualitativo da interação social, da comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades **Transtorno Autista**
5. () Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas **TDA**
6. () Abandona sua carteira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado - **TDH**
7. () Falta de flexibilidade, é imprevisível **TDAH**
8. () Fracasso em usar os sons da fala esperados para o estágio do desenvolvimento - **Transtorno fonológico**
9. () Não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais - **TDA**
10. () Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira - **TDH**
11. () Fala em demasia - **TDH**
12. () Comprometimento grave e persistente da interação social, interesses e atividades - **Transtorno de Asperger**
13. () Difícil de agradar **TDAH**
14. () Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais a criança é exposto a pessoas estranhas. A ansiedade é expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações - **Fobia Social**
15. () É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa - **TDA**
16. () Age como se estivesse a “todo o vapor” - **TDH**
17. () O desempenho em atividades diárias que exigem coordenação motora está substancialmente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica e a inteligência medida do indivíduo- **Transtorno do desenvolvimento da coordenação**
18. () Não aprende com erros passados **TDAH**
19. () Dificuldades de linguagem receptiva e expressiva que acabam interferindo significativamente no rendimento escolar ou na comunicação social **Transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva**
20. () Rendimento em leitura está acentuadamente abaixo do nível esperado - **Transtorno de leitura**
21. () Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra – **TDAH**
22. () Dificuldade para organizar tarefas e atividades – **TDAH**
23. () Corre ou escala em demasia, em situações impróprias – **TDH**
24. () Não tem noção de perigo **TDAH**
25. () Comportamento motor repetitivo, não funcional e aparentemente intencional (p.ex., agitar as mãos ou acenar, bater a cabeça, levar objetos a boca, morder partes do corpo, beliscar a pele, golpear o próprio corpo), comportamento que interfere acentuadamente nas atividades normais ou provoca lesão corporal auto-infligida que exige tratamento médico - **Transtorno de Movimento Estereotipado**
26. () Fica aborrecida com atividades não estimulantes ou rotineiras **TDAH**
27. () Percepção sensorial diminuída **TDAH**

28. () Tiques motores e/ou vocais, isolados ou múltiplos (i.e, movimentos ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas e estereotipadas) - **Transtorno de Tique Transitório**
29. () Capacidade matemática está acentuadamente abaixo do nível esperado - **Transtorno da matemática**
30. () Evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante – **TDAH**
31. () Perde as coisas necessárias para tarefas ou atividades – **TDAH**
32. () Agressividade **TDAH**
33. () Dificuldade para aguardar sua vez - **TDH**
34. () Perturbação na fluência e no ritmo da fala: repetição de sons e sílabas, repetições de palavras monossílabas completas, palavras truncadas, dentre outras que acabam atrapalhando o rendimento escolar - **Tartamudez ou gagueira**
35. () Apresenta esquecimento em atividades diárias – **TDAH**
36. () Comportamentos incendiário e proposital em mais de uma ocasião. Tensão ou excitação afetiva antes do ato - **Piromania**
37. () Dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer – **TDH**
38. () Dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas - **TDH**
39. () Interrompe ou se intromete em assuntos alheios – **TDH**
40. () Perturbação persistente da personalidade que envolve um acentuado desvio do desenvolvimento normal **Alteração da personalidade**
41. () Dificuldade em terminar uma atividade ou trabalho **TDAH**
42. () Déficits ou comprometimentos no funcionamento adaptativo atual em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança **RM**
43. () Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas (ex. na escola), apesar de falar em outras situações - **Mutismo Seletivo**
44. () Problemas de sono **TDAH**
45. () Frustra-se com facilidade **TDAH**
46. () A perturbação da linguagem expressiva pode manifestar-se por sintomas que incluem um vocabulário acentuadamente limitado, erros nos tempos verbais ou dificuldades com a evocação de palavras ou com a produção de frases de extensão ou complexidade próprias do estágio evolutivo - **Transtorno de linguagem expressiva**
47. () Não reconhece os limites dos outros **TDAH**
48. () Fracasso recorrente em resistir a impulsos de furtar objetivos desnecessário para o uso pessoal ou destituídos de valor monetário – **Cleptomania**
49. () Comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível - **Tricotilomania**
50. () Dificuldade de relacionamento com colegas e nos estudos **TDAH**

ANEXO 7 – CATEGORIAS DETALHADAS DAS DEFINIÇÕES SOBRE TDAH

Nº	Categorias	Professores	%
1	Sem informação	P39, P5, P3	3,6%
2	Definições que se referem à inadequação do comportamento da criança no geral, sem descrevê-lo, ressaltando sua inadequação com relação à idade ou à situação.	4	4,8%
2.3	Comportamento desajustado à situação ou à idade.	P1, P35, P23	
2.4	Comportamentos que fogem do esperado.	P26	
3	Definições que se referem às consequências para a criança da presença do TDAH ou TDA.	21	25,3%
3.2	Prejudica a aprendizagem.	P15, P8, P32, P7, P26, P13, P35, P31	
3.3	Dificuldade para assimilar as atividades propostas.	P10	
3.4	Dificulta as realizações de tarefas do dia-a-dia, de rotina.	P15, P8, P13, P23, P21	
3.5	Prejudica o relacionamento social e irrita os colegas.	P8, P32, P13, P29, P21, P35	
3.7	Não se interessa por nada ou pelas atividades dadas.	P20	
4	Definições que se referem aos comportamentos observados que acontecem em excesso ou déficit.	28	33,7%
4a	Excessos comportamentais.	25	
4b	Déficits comportamentais.	3	
4.3	Agitado, inquieto.	P10, P15, P21, P7, P26, P13, P12, P25, P2, P35, P27	
4.4	Falante.	P21, P6, P25	
4.5	Gesticula além do normal.	P13	
4.7	Responde antes que você termine uma explicação.	P21	
4.8	Não consegue esperar a vez.	P8	
4.9	Calmo demais (vagaroso).	P32	
4.10	Muito quieto.	P26	
4.11	Falta de organização.	P1	
4.12	Levanta da carteira, sai do lugar.	P6, P13, P35, P23, P29	
4.13	Não segue instruções.	P6	
4.14	Sonolento.	P20	
4.16	Perde o material escolar.	P29	
5	Definições que se referem aos	20	24%

	comportamentos observados que são diretamente ligados à aprendizagem (ou às atividades acadêmicas).		
5.1	Não presta atenção.	P10, P8, P1, P6, P2, P35, P23, P22	
5.2	Dificuldade de concentração.	P8, P21, P7, P1, P13, P12, P27, P31, P29	
5.4	Dificuldade para entender o que está sendo explicado.	P7, P12	
5.5	Distraído, parece no mundo da lua.	P20	
6	Definições que se referem aos comportamentos emocionais.	7	8,4%
6.1	Ansioso.	P8, P13	
6.2	Apresenta descontrole emocional.	P1	
6.3	É amoroso.	P13	
6.4	Tem medo.	P20	
6.5	Chora a toa.	P20	
6.7	É agressivo, briguento.	P35	
	Total	83	100%

ANEXO 8 - Comparação das Definições com o DSMIV

Pré Curso - Escola 1

Participantes	Correto	Parcialmente Correto	Incorreto	Não respondeu
1		X		
3				X
5				X
6		X		
7		X		
8		X		
9				X
10		X		
11		X		
12		X		
13		X		
14		X		
15		X		
16			X	
19			X	
20			X	
21		X		
24		X		
38			X	
39				X
Total	0	12	4	4

Pré Curso - Escola 2

Participantes	Correto	Parcialmente Correto	Incorreto	Não respondeu
2		X		
4		X		
17		X		
18		X		
22		X		
23		X		
25		X		
26		X		
27		X		
28		X		
29		X		
30		X		
31		X		
32		X		
33		X		
34			X	
35		X		
36		X		
37		X		
Total	0	18	1	0

Pré Curso – Grupo Experimental

Participantes	Correto	Parcialmente Correto	Incorreto	Não respondeu
4		X		
9				X
11		X		
14		X		
16			X	
17		X		
18		X		
19			X	
24		X		
28		X		
30		X		
33		X		
34			X	
36		X		
37		X		
38			X	
Total	0	11	4	1

Pré Curso – Grupo Controle

Participantes	Correto	Parcialmente Correto	Incorreto	Não respondeu
1		X		
2		X		
3				X
5				X
6		X		
7		X		
8		X		
10		X		
12		X		
13		X		
15		X		
20			X	
21		X		
22		X		
23		X		
25		X		
26		X		
27		X		
29		X		
31		X		
32		X		
35		X		
39				X
Total	0	19	1	3

ANEXO 9 – ANÁLISE DAS INDICAÇÕES CONSIDERANDO A SÉRIE E O NÚMERO DE INDICAÇÕES

	ESCOLA 1				ESCOLA 2			
SÉRIE	Meninas	Meninos	Total/salas	Média/salas	Meninas	Meninos	Total/salas	Média/salas
1ª	4 (0+0+0+3+1)	7 (1+2+1+2+1)	129 (21+28+27+27+26)	9%	0 (0+0+0)	6 (1+3+2)	107 (34+34+39)	6%
2ª	2 (0+1+0+1)	7 (2+3+1+1)	114 (28+29+29+28)	8%	9 (3+1+4+1)	15 (4+9+2+0)	109 (28+24+28+29)	22%
3ª	3 (1+0+1+1)	11 (4+1+2+4)	101 (26+24+23+28)	14%	9 (2+2+4+1)	23 (8+2+7+6)	132 (30+32+32+38)	24%
4ª	4 (0+1+3+0)	6 (1+1+2+2)	101 (27+27+28+26)	10%	1 (0+1+0)	3 (1+0+2)	138 (32+37+37)	3%
Reforço	6	7	15	87%	3	5	14	64%
Inglês	1	5	-	-	0	0	-	0
Ed. Física	0	0	-	-	0	0	-	0
Redação	0	0	-	-	0	0	-	0
Total	20	43	460		22	52	500	
Média			25 alunos/sala	Média= 13%			33 alunos/sala	Média= 15%

Distribuição dos alunos indicados por série, por sexo e por escola.

**ANEXO 10 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS
E/OU RESPONSÁVEIS**

Eu, _____, R.G _____
responsável pelo menor _____,
autorizo a utilização dos dados coletados na avaliação de meu filho, para o projeto “EFEITOS
DE UM PROGRAMA PEDAGÓGICO-COMPORTAMENTAL SOBRE TDAH PARA
PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL”, desde que sejam garantidos o sigilo de
nossa identidade ou de qualquer outra informação que possa identificar-nos.

Estou ciente de que a recusa da utilização posterior dos resultados não prejudicará a
participação de meu filho na presente avaliação ou em programas de intervenção futuros.

Declaro, também, que fui informada (o) previamente dos procedimentos que serão utilizados
com meu filho, desde as avaliações iniciais até a devolutiva dos resultados, concordando com
eles.

Fui informada (o) de que não terei qualquer tipo de ônus financeiro para participar da
pesquisa.

Areiópolis, _____, de _____ de 2006

Assinatura do (a) pai ou responsável

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO 11 - PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE TDAH

VERSÃO PARA PROFESSORES – APLICAÇÃO

**Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Liene Regina Rossi**

Prezado professor,

Este material permitirá a identificação de crianças com TDAH combinado, predominantemente desatento e predominantemente hiperativo/impulsivo, para posterior encaminhamento para avaliação médica. Ele está dividido em três seções: na primeira estão os comportamentos típicos para TDAH predominantemente desatento (TDA), na segunda, para TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo (TDH) e, na terceira, para TDAH combinado.

O protocolo contém informações que deverão ser respondidas, considerando comportamentos apresentados pela criança na escola. Observe que, em seguida à definição dos comportamentos, estão descritas as condições sob as quais ele deve ser observado. É importante que tais comportamentos estejam ocorrendo em alta frequência (mais de três vezes numa semana, nos últimos três meses), que interfiram no aproveitamento acadêmico e dificultem o estabelecimento de relações sociais efetivas.

Utilize um “X” para assinalar a condição do comportamento observado.

Data: __/__/__ Professor: _____

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____ Série: _____

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Comete erros em atividades escolares	Observar o resultado de uma tarefa escolar produzida durante a observação		
02	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando a professora explica a atividade		
03	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando realiza a atividade		
04	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando alguém explica a atividade		
05	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando realiza a atividade		
06	Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra	Quando um adulto (professor, diretor ou outro adulto da escola) solicita algo ou responde a solicitação		
07	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa da escola	Para realizar uma tarefa escolar (Ex: pegar na mochila o lápis de cor para pintar)		
08	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa de auto cuidado	Para realizar uma atividade de auto cuidado (juntar as aparas do lápis para levar ao lixo, perceber que deve lavar as mãos)		
09	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Começa e termina a tarefa acadêmica		
10	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Envolve-se num jogo, assiste filmes pelo período exigido		
11	Perde material necessário para realizar a tarefa ou jogo	Não tem o material necessário ou parte dele para realizar a tarefa		
12	Distrai-se com estímulos alheios à tarefa	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.		
13	Esquece-se de realizar atividades diárias	Professores precisam lembrá-los de realizar atividades cotidianas.		
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
1.	Agita as mãos e/ou os pés ou se remexe na cadeira	Durante uma atividade em que tem que permanecer sentado ou parado		
2.	Levanta-se várias vezes durante a atividade	Quando o contexto ou tarefa exige que permaneça sentado		
3.	Corre ou escala móveis, escadas, etc. em demasia, em situações impróprias	Quando o contexto ou tarefa não exige este comportamento		
4.	Envolve-se inadequadamente em brincadeiras ou atividades	Em atividades escolares ou lúdicas não apresenta comportamentos adequados a ela		
5.	Age como se estivesse “a todo vapor”	Apresenta-se irrequieto em toda situação		
6.	Fala em demasia	Em situações ou contextos em que deveria permanecer calado (quando faz a tarefa, outro está falando, etc..)		
7.	Responde as questões sem ouvi-las completamente	Diante de uma ordem ou solicitação, responde antes de ouvi-la completamente		
8.	Dificuldade em aguardar sua vez	Não respeita filas, não espera sua vez		
9.	Interrompe ou se intromete em assuntos alheios	Diante de outras pessoas conversando, interrompe-as.		
	Subtotal (hiperatividade)			

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Apresenta dificuldade em terminar uma tarefa ou atividade	Começa uma atividade, mas a deixa incompleta e logo inicia outra		
02	Fica aborrecido com atividades não estimuladoras ou rotineiras	Diante de atividades pouco motivadoras ou repetitivas recusa-se a fazê-las		
03	Tem dificuldades de adaptar-se a novas situações ou novos modos de fazer. Comporta-se de forma imprevisível	Apresenta comportamentos não esperados para a situação ou contexto		
04	Não aprende com erros passados	Envolve-se em situações ou atividades que, no passado, resultaram em danos físicos ou punição		
05	Apresenta percepção sensorial diminuída	Em atividades que exigem respostas a partir de estímulos visuais, sonoros, cinestésicos		
06	Apresenta problemas de sono	Na sala de aula apresenta sonolência		
07	É difícil de agradar	Reforçadores que são efetivos mudam rapidamente		
08	Mostra-se agressivo (hetero e auto)	Agride-se ou agride o outro com certa facilidade		
09	Não tem noção de perigo	Não evita situações que envolvem perigo, tais como: empurrar, passar a perna no colega, atravessar a rua sem olhar, etc.		
10	Frustra-se com facilidade	Não aceita o falar NÃO do professor		
11	Não reconhece o direito do outro	Demonstra insistência e persistência		
12	Interação pobre ou conturbada com seus pares	Dificuldade de relacionamento com os colegas		
	Subtotal (Combinado)			
	TOTAL			

PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE TDAH - VERSÃO PARA PROFESSORES

CRIVO PARA CORREÇÃO

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Liene Regina Rossi

Prezado professor,
Considere a pontuação abaixo para as respostas por você assinaladas. Ao final de cada seção conte os pontos obtidos.
Compare com a tabela abaixo para a tomada de decisões.

	Não apresenta sintomas para o transtorno	Apresenta sintomas, porém observe as condições sob as quais os comportamentos ocorrem. Mudanças de atitudes com relação aos comportamentos apresentados podem alterar o quadro. Leia sobre manejo comportamental.	Conjunto de sintomas indicativos para o transtorno. Converse com os pais sobre o observado. Aplique o protocolo para pais e compare com os seus resultados. Se houver acordo, encaminhe para profissional especializado. Leia sobre TDAH.
TDA	0-3	4-5	6-9
TDH	0-3	4-5	6-9
TDAH	0-5	6-8	9-12

Data: __/__/__ Professor: _____

Nome do aluno: _____ Idade: _____ Série: _____

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e acontece	Era esperado e não acontece
01	Comete erros em atividades escolares	Observar o resultado de uma tarefa escolar produzida durante a observação	1	0
02	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando a professora explica a atividade	0	0,5
03	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando realiza a atividade	0	0,5
04	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando alguém explica a atividade	0	0,5
05	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando realiza a atividade	0	0,5
06	Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra	Quando o professor solicita algo ou responde a solicitação	1	0
07	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa da escola ou de auto cuidado	Para realizar uma tarefa escolar (Ex: lápis de cor para pintar)	0	0,5
08	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa da escola ou de auto cuidado	Para realizar uma atividade de auto cuidado (pegar a roupa adequada)	0	0,5
09	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Começa e termina a tarefa acadêmica	0	0,5
10	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Envolve-se num jogo, assiste à TV por longo período	0	0,5
11	Perde material necessário para realizar a tarefa ou jogo	Não tem o material necessário ou parte dele para realizar a tarefa	1	0
12	Distrai-se com estímulos alheios à tarefa	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.	1	0
13	Esquece-se de realizar atividades diárias	Professores precisam lembrá-los de realizar atividades cotidianas.	1	0
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Agita as mãos e/ou os pés ou se remexe na cadeira	Durante uma atividade em que tem que permanecer sentado ou parado	1	0
02	Levanta-se várias vezes durante a atividade	Quando o contexto ou tarefa exige que permaneça sentado	1	0
03	Corre ou escala móveis, escadas, etc. em demasia, em situações impróprias	Quando o contexto ou tarefa não exige este comportamento	1	0
04	Envolve-se inadequadamente em brincadeiras ou atividades	Em atividades escolares ou lúdicas não apresenta comportamentos adequados a ela	1	0
05	Age como se estivesse “a todo vapor”	Apresenta-se irrequieto em toda situação	1	0
06	Fala em demasia	Em situações ou contextos em que deveria permanecer calado (quando faz a tarefa, outro está falando, etc..)	1	0
07	Responde as questões sem ouvi-las completamente	Diante de uma ordem ou solicitação, responde antes de ouvi-la completamente	1	0
08	Dificuldade em aguardar sua vez	Não respeita filas, não espera sua vez	1	0
09	Interrompe ou se intrromete em assuntos alheios	Diante de outras pessoas conversando, interrompe-as	1	0
	Subtotal (hiperatividade)			

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Apresenta dificuldade em terminar uma tarefa ou atividade	Começa uma atividade, mas a deixa incompleta e logo inicia outra	1	0
02	Fica aborrecido com atividades não estimuladoras ou rotineiras	Diante de atividades pouco motivadoras ou repetitivas recusa-se a fazê-las	1	0
03	Tem dificuldades de adaptar-se a novas situações ou novos modos de fazer. Comporta-se de forma imprevisível	Apresenta comportamentos não esperados para a situação ou contexto	1	0
04	Não aprende com erros passados	Envolve-se em situações ou atividades que, no passado, resultaram em danos físicos ou punição	1	0
05	Apresenta percepção sensorial diminuída	Em atividades que exigem respostas a partir de estímulos visuais, sonoros, cinestésicos	1	0
06	Apresenta problemas de sono	Na sala de aula apresenta sonolência	1	0
07	É difícil de agradar	Reforçadores que são efetivos mudam rapidamente	1	0
08	Mostra-se agressivo (hetero e auto)	Agride-se ou agride o outro com certa facilidade	1	0
09	Não tem noção de perigo	Não evita situações que envolvem perigo, tais como: empurrar, passar a perna no colega, atravessar a rua sem olhar, etc	1	0
10	Frustra-se com facilidade	Não aceita o falar NÃO do professor	1	0
11	Não reconhece o direito do outro	Demonstra insistência e persistência	1	0

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
12	Interação pobre ou conturbada com seus pares	Dificuldade de relacionamento com os colegas	1	0
	Subtotal (Combinado)			
	TOTAL			

ANEXO 12 - PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE TDAH
VERSÃO PARA PAIS - APLICAÇÃO

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Liene Regina Rossi

Prezado pai,

Este material permitirá a identificação de crianças com TDAH combinado, predominantemente desatento e predominantemente hiperativo/impulsivo, para posterior encaminhamento para avaliação médica. Ele está dividido em três seções: na primeira estão os comportamentos típicos para TDAH predominantemente desatento (TDA), na segunda, para TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo (TDH) e, na terceira, para TDAH combinado.

O protocolo contém informações que deverão ser respondidas pelos PAIS considerando comportamentos apresentados pela criança em casa.

O instrumento pode ser respondido por escrito pelos pais ou por meio de entrevista com os pais ou responsáveis, feito pelo professor.

Em caso de respostas assinaladas pelos pais, as instruções abaixo poderão orientá-los:

Observe que, em seguida à definição dos comportamentos, estão descritas as condições sob as quais eles devem ser observado. É importante que tais comportamentos estejam ocorrendo em alta frequência (mais de três vezes numa semana, nos últimos três meses), que interfiram na aprendizagem de novos comportamentos ou na execução de comportamentos de rotina e dificultem o estabelecimento de relações sociais efetivas.

Utilize um “X” para assinalar a condição do comportamento observado.

Em caso de entrevistas feitas com os pais pelos professores, é importante que, ao apresentar um comportamento a eles, seja especificado em quais condições deveria ocorrer. Lembre-se de assinalar que tais comportamentos deverão ocorrer em alta frequência (mais de três vezes numa semana, nos últimos três meses).

Data: __/__/__ Pai: _____

Nome da criança: _____ Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____ Série: _____

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Comete erros em atividades rotineiras	Observar o resultado de uma tarefa de rotina (por exemplo: amarra o tênis errado)		
02	Comete erros em atividades escolares	Ao realizar a tarefa escolar, apresenta erros e não percebe.		
03	Mantém a atenção ao realizar as tarefas escolares	Quando o adulto que ajuda explica a atividade (pai ou mãe)		
04	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando realiza a atividade		
05	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando alguém explica a atividade (irmão, colega, pai, mãe)		
06	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando realiza a atividade		
07	Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra	Quando um adulto (pais, tios ou outro adulto da família) solicita algo ou responde a solicitação		
08	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa da escola	Pegar na mochila o material adequado para realizar a tarefa		
09	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa de auto cuidado	Tem autonomia para organizar-se para tomar banho (ex: saber o horário, roupa adequada, deixar o ambiente em ordem)		
09	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Começa e termina a tarefa		
10	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Envolve-se num jogo, assiste a filmes pelo período exigido		
11	Perde material necessário para realizar a tarefa ou jogo	Não tem o material necessário ou parte dele para realizar a tarefa escolar, uma atividade de auto cuidado ou lúdica		
12	Distrai-se com estímulos alheios à tarefa escolar	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.		

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
13	Distrai-se com estímulos alheios à atividade lúdica	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora do jogo ou do brinquedo.		
14	Esquece-se de realizar atividades diárias	Pais precisam lembrá-lo de realizar atividades cotidianas.		
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Agita as mãos e/ou os pés ou se remexe na cadeira	Durante uma atividade em que tem que permanecer sentado ou parado		
02	Levanta-se várias vezes durante a atividade	Quando o contexto ou tarefa exige que permaneça sentado		
03	Corre ou escala móveis, escadas, etc. em demasia, em situações impróprias	Quando o contexto ou tarefa não exige este comportamento		
04	Envolve-se inadequadamente em brincadeiras ou atividades	Em atividades escolares ou lúdicas não apresenta comportamentos adequados a ela		
05	Age como se estivesse “a todo vapor”	Apresenta-se irrequieto em toda situação		
06	Fala em demasia	Em situações ou contextos em que deveria permanecer calado (quando faz a tarefa, outro está falando, etc.)		
07	Responde as questões sem ouvi-las completamente	Diante de uma ordem ou solicitação, responde antes de ouvi-la completamente		
08	Dificuldade em aguardar sua vez	Não respeita filas, não espera sua vez		
09	Interrompe ou se intromete em assuntos alheios	Diante de outras pessoas conversando, interrompe-as.		
	Subtotal (hiperatividade)			

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Apresenta dificuldade em terminar uma tarefa ou atividade	Começa uma atividade, mas a deixa incompleta e logo inicia outra		
02	Fica aborrecido com atividades não estimuladoras ou rotineiras	Diante de atividades pouco motivadoras ou repetitivas recusa-se a fazê-las		
03	Tem dificuldades de adaptar-se a novas situações ou novos modos de fazer. Comporta-se de forma imprevisível	Apresenta comportamentos não esperados para a situação ou contexto		
04	Não aprende com erros passados	Envolve-se em situações ou atividades que, no passado, resultaram em danos físicos ou punição		
05	Apresenta percepção sensorial diminuída	Em atividades que exigem respostas a partir de estímulos visuais, sonoros, cinestésicos		
06	Apresenta problemas de sono	Durante a noite apresenta sono interrompido, mexe-se muito, etc		
07	É difícil de agradar	Reforçadores que são efetivos mudam rapidamente		
08	Mostra-se agressivo (hetero e auto)	Agride-se ou agride o outro com certa facilidade		
09	Não tem noção de perigo	Não evita situações que envolvem perigo, tais como: empurrar, passar a perna no colega, atravessar a rua sem olhar, etc		
10	Frustra-se com facilidade	Não aceita o falar NÃO dos pais		
11	Não reconhece o direito do outro	Demonstra insistência e persistência		
12	Interação pobre ou conturbada com seus pares	Dificuldade de relacionamento com os colegas		
	Subtotal (Combinado)			
	TOTAL			

PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE TDAH - VERSÃO PARA PAIS
CRIVO PARA CORREÇÃO

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Liene Regina Rossi

Prezado pai,
Considere a pontuação abaixo para as respostas por você assinaladas. Ao final de cada seção conte os pontos obtidos.
Compare com a tabela abaixo para a tomada de decisões.

	Não apresenta sintomas para o transtorno	Apresenta sintomas, porém observe as condições sob as quais os comportamentos ocorrem. Mudanças de atitudes com relação aos comportamentos apresentados podem alterar o quadro. Leia sobre manejo comportamental.	Conjunto de sintomas indicativos para o transtorno. Converse com os professores sobre o observado. Aplique o protocolo para professores e compare com os seus resultados. Se houver acordo, encaminhe para profissional especializado. Leia sobre TDAH.
TDA	0-3	4-5	6-9
TDH	0-3	4-5	6-9
TDAH	0-5	6-8	9-12

Data: __/__/__ Pai ou responsável: _____

Nome da criança: _____ Idade: _____ Série: _____

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Comete erros em atividades rotineiras	Observar o resultado de uma tarefa de rotina (por exemplo: amarra o tênis errado)	0,5	0
02	Comete erros em atividades escolares	Ao realizar a tarefa escolar, apresenta erros e não percebe.	0,5	0
03	Mantém a atenção ao realizar as tarefas escolares	Quando o adulto que ajuda explica a atividade (pai ou mãe)	0	0,5
04	Mantém a atenção em tarefas escolares	Quando realiza a atividade	0	0,5
05	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando alguém explica a atividade (irmão, colega, pai, mãe)	0	0,5
06	Mantém a atenção em atividades lúdicas	Quando realiza a atividade	0	0,5
07	Parece não ouvir quando lhe dirigir a palavra	Quando um adulto (professor, diretor ou outro adulto da escola) solicita algo ou responde a solicitação	1,0	0
08	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa da escola	Pegar na mochila o material adequado para realizar a tarefa	0	0,5
09	É capaz de organizar-se para resolver uma tarefa de auto cuidado	Tem autonomia para organizar-se para tomar banho (ex: saber o horário, roupa adequada, deixar o ambiente em ordem)	0	0,5
09	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Começa e termina a tarefa	0	0,5
10	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Envolve-se num jogo, assiste a filmes pelo período exigido	0	0,5

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
11	Perde material necessário para realizar a tarefa ou jogo	Não tem o material necessário ou parte dele para realizar a tarefa escolar, uma atividade de auto cuidado ou lúdica	1,0	0
12	Distrai-se com estímulos alheios à tarefa escolar	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.	0,5	0
Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
13	Distrai-se com estímulos alheios à atividade lúdica	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora do jogo ou do brinquedo.	0,5	0
14	Esquece-se de realizar atividades diárias	Pais precisam lembrá-lo de realizar atividades cotidianas.	1,0	0
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
10.	Agita as mãos e/ou os pés ou se remexe na cadeira	Durante uma atividade em que tem que permanecer sentado ou parado	1	0
11.	Levanta-se várias vezes durante a atividade	Quando o contexto ou tarefa exige que permaneça sentado	1	0
12.	Corre ou escala móveis, escadas, etc. em demasia, em situações impróprias	Quando o contexto ou tarefa não exige este comportamento	1	0
13.	Envolve-se inadequadamente em brincadeiras ou atividades	Em atividades escolares ou lúdicas não apresenta comportamentos adequados a ela	1	0
14.	Age como se estivesse “a todo vapor”	Apresenta-se irrequieto em toda situação	1	0
	Fala em demasia	Em situações ou contextos em que deveria permanecer calado (quando faz a tarefa, outro está falando, etc..)	1	0
15.	Responde as questões sem ouvi-las completamente	Diante de uma ordem ou solicitação, responde antes de ouvi-la completamente	1	0
16.	Dificuldade em aguardar sua vez	Não respeita filas, não espera sua vez	1	0
17.	Interrompe ou se intromete em assuntos alheios	Diante de outras pessoas conversando, interrompe-as.	1	0
	Subtotal (hiperatividade)			

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
01	Apresenta dificuldade em terminar uma tarefa ou atividade	Começa uma atividade, mas a deixa incompleta e logo inicia outra	1	0
02	Fica aborrecido com atividades não estimuladoras ou rotineiras	Diante de atividades pouco motivadoras ou repetitivas recusa-se a fazê-las	1	0
03	Tem dificuldades de adaptar-se a novas situações ou novos modos de fazer. Comporta-se de forma imprevisível	Apresenta comportamentos não esperados para a situação ou contexto	1	0
04	Não aprende com erros passados	Envolve-se em situações ou atividades que, no passado, resultaram em danos físicos ou punição	1	0
05	Apresenta percepção sensorial diminuída	Em atividades que exigem respostas a partir de estímulos visuais, sonoros, cinestésicos	1	0
06	Apresenta problemas de sono	Durante a noite apresenta sono interrompido, mexe-se muito, etc	1	0
07	É difícil de agradar	Reforçadores que são efetivos mudam rapidamente	1	0
08	Mostra-se agressivo (hetero e auto)	Agride-se ou agride o outro com certa facilidade	1	0
09	Não tem noção de perigo	Não evita situações que envolvem perigo, tais como: empurrar, passar a perna no colega, atravessar a rua sem olhar, etc	1	0
10	Frustra-se com facilidade	Não aceita o falar NÃO do pai	1	0
11	Não reconhece o direito do outro	Demonstra insistência e persistência	1	0

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	Era esperado e aconteceu	Era esperado e não aconteceu
12	Interação pobre ou conturbada com seus pares	Dificuldade de relacionamento com os colegas	1	0
	Subtotal (Combinado)			
	TOTAL			

ANEXO 13 - CRONOGRAMA DO CURSO

DIA DO CURSO	HORÁRIO	TEMAS	Quantidade de horas
09/10	17h30 às 19h30	Definição do curso, contrato, protocolo de observação	2 hs
16/10	17h30 às 18h30	Revisão do curso anterior	1 h
23/10	17h30 às 19h30	Definição, etiologia, características diagnósticas	2 hs
30/10	17h30 às 19h30	Desenvolvimento infantil e contingências que o mantém (desenv. físico, cognitivo e afetivo)	2 hs
TAREFA DE CASA		História do Menininho: como desenvolver a criatividade em seu aluno?	2 hs
06/11	17h30 às 19h30	Desenvolvimento infantil e contingências que o mantém (desenvolvimento da personalidade e social)	2 hs
13/11	17h30 às 19h30	Leitura e discussão do texto: A escola e a criança com TDAH	2 hs
20/11	17h30 às 19h30	Leitura e discussão do texto: A escola e a criança com TDAH Manejo Comportamental na escola: TDAH ou falta de limite?	2 hs
TAREFA DE CASA		Contrato de Contingências: Lista de Regras e Recompensas	2 hs
23/11	17h30 as 21h30	Filme: Mentis Inquietas/ Discussão	4hs
27/11	17h30 às 19h30	Retomada da tarefa de casa Manejo Comportamental na escola: TDAH ou falta de limite? Visão sobre as teorias de aprendizagem Texto: Ensino e Aprendizagem	2hs
TAREFA DE CASA		Leitura parcial do texto sobre Ensino e Aprendizagem	
04/12	17h30 às 19h30	Texto: Ensino e Aprendizagem Mudança na programação de contingências:	2hs

		estabelecendo regras: controle comportamental e autocontrole	
11/12	17h30 às 19h30	Reforçamento Diferencial e outras Técnicas Comportamentais	2hs
18/12	17h30 às 19h30	Reflexão sobre os temas abordados	2hs
ATIVIDADE		Avaliação do programa	

ANEXO 14 – HISTÓRIA SOBRE A ATITUDE DE UMA CRIANÇA EM SALA DE AULA

Era uma vez um menininho. Ele era bastante pequeno. Sua escola era grande. Mas quando o menininho descobriu que podia ir à sua sala caminhando pela porta da rua, ele ficou feliz.

E a escola não parecia tão grande quanto antes.

Uma manhã, quando o menininho estava na escola, a professora disse:

- Hoje nós iremos fazer um desenho.

- Que bom! - pensou o menininho. Ele gostava de fazer desenhos.

Ele podia fazê-los de todos os tipos: leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos. Ele pegou sua caixa de lápis de cor e começou a desenhar. Mas a professora disse:

- Espere. Ainda não é hora de começar.

E ela esperou até que todos estivessem prontos.

- Agora nós iremos desenhar flores – disse a professora

- Que bom! - pensou o menininho.

Ele gostava de desenhar flores e começou a desenhá-las com lápis rosa, laranja e azul. Mas a professora disse:

- Esperem, vou mostrar como fazer.

E a flor era vermelha de caule verde.

- Assim - disse a professora - Agora podem começar.

Então, ele olhou para sua flor. Ele gostava mais da sua flor, mas não podia dizer isso. Ele virou o papel e desenhou uma igual a da professora - uma flor vermelha com caule verde.

Num outro dia, quando o menininho estava em aula, ao ar livre, a professora disse:

- Hoje iremos fazer alguma coisa com o barro.

- Que bom! - pensou o menininho. Ele gostava de barro.

Ele pensou que podia fazer todos os tipos de coisas com o barro: elefante, camundongos, carros e caminhões. Ele começou a amassar a sua bola. Mas a professora disse:

- Esperem, não é hora de começar.

E ele esperou que todos estivessem prontos.

- Agora - disse a professora - nós iremos fazer um prato.

- Que bom! - pensou o menininho. Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos.

A professora disse:

- Esperem, vou mostrar como faz.

E ela mostrou a todos como fazer um prato fundo.

- Assim - disse a professora - agora vocês podem começar.

O menininho olhou para seu prato. Ele gostava mais do seu prato do que o da professora, mas ele não podia dizer isso. Ele amassou o seu barro numa grande bola novamente e fez um prato igual ao da professora. Era um prato fundo. E muito cedo o menininho aprendeu a esperar e olhar, e a fazer as coisas exatamente como a professora.

E muito cedo, ele não fazia mais coisas por si próprio.

Foi então que o menininho e sua família se mudaram para outra casa, em outra cidade, e o menininho tinha que ir para outra escola, ainda maior que a primeira. E não havia porta da rua para na sua sala. Ele tinha que subir degraus, até a sua sala.

E no primeiro dia, ele estava lá e a professora disse:

- Hoje nós vamos fazer um desenho.

- Que bom! - pensou o menininho - e ele esperou que a professora dissesse o que fazer. Mas a professora não disse nada.

Ela apenas andava na sala. Veio até o menininho e disse:

- Você não quer desenhar?

- Sim - disse o menininho - mas o que vamos desenhar?
- Eu não sei até que você faça - disse a professora.
- Como posso fazer? - Perguntou o menininho.
- Da maneira que você gostar - disse a professora.
- E de que cor? - perguntou o menininho.
- Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber quem fez o quê? E qual o desenho de cada um?
- Eu não sei - disse o menininho.
E começou a desenhar uma flor vermelha de caule verde.

Exercício para reflexão:

1. O que a professora fez e não deveria ter feito?

2. O que a professora deveria fazer para promover a criatividade do aluno?

Referência:

Andrade, S.A. **Teoria e Prática de dinâmica de grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999

ANEXO 15 – CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que participou do Curso de Extensão/ Atualização sobre “TDAH: possibilidades de intervenção efetiva”, promovido pela Faculdade de Ciências, UNESP Bauru, no período de 09 de outubro a 18 de dezembro de 2007, totalizando 30 horas.

Unesp Faculdade de Ciências

Prof. Dr. Henrique Luiz Monteiro
Diretor da Faculdade de Ciências

Liene Regina Rossi
Mestranda

Profª. Dra. Olga M. Piazzentin Rolim Rodrigues
Orientadora

ANEXO 16 – VERSO CRONOGRAMA DO CURSO

Cronograma do Curso

Dias do Curso	TEMAS	Quantidade de horas
09/10	Apresentação do curso	2hs
16/10 e 23/10	Definição, Etiologia, Características diagnósticas	3hs
30/10 e 06/11	Desenvolvimento infantil e contingências que o mantém (desenvolvimento físico, cognitivo e afetivo)	6hs
13/11 e 20/11	A escola e a criança com TDAH	4hs
23/11 e 27/11	Manejo Comportamental na escola: TDAH ou falta de limite?	6hs
04/12	Programação de contingências: estabelecendo regras: controle comportamental e autocontrole	4hs
11/12	Reforçamento Diferencial e outras Técnicas Comportamentais	4hs
18/12	Avaliação do Curso	1h

Frequência: 90%

Avaliação: 9.0

ANEXO 17 - Análise das questões do “Inventário para identificação de sintomas de TDAH” (pré e pós-teste)

	TDA		TDH		TDAH	
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	1ª Aplicação	2ª Aplicação	1ª Aplicação	2ª Aplicação
Mais de 81% de acertos	5 (55%)	5 (55%)	4 (45%)	7 (78%)	1 (8%)	(41)
	(5,9,15,21,22)	(5,9,15,21,31)	(6,10,33,37)	(6,10,16,23,33,38,39)	(41)	
De 71 a 80% de acertos	3 (33%)	3 (33%)	3 (33%)	2 (22%)	1 (8%)	1 (8%)
	(30,35,31)	(30,35,22)	(16,38,39)	(11,37)	(47)	(47)
De 61 a 70% de acertos	0	1 (12%)	2 (22%)	0	1 (8%)	1 (8%)
		(1)	(11,23)		(50)	(50)
De 51 a 60% de acertos	1 (12%)	0	0	0	5 (42%)	2 (17%)
	(1)				(7,18,24,32,45)	(13,26)
De 41 a 50% de acertos	0	0	0	0	2 (18%)	3 (25%)
					(13,26)	(7,44,45)
De 31 a 40% de acertos	0	0	0	0	1 (8%)	0
					(44)	
De 21 a 30% de acertos	0	0	0	0	1 (8%)	2 (17%)
					(27)	(27,32)
Menos de 20% de acertos	0	0	0	0	0	0
	9 (100%)	9 (100%)	9 (100%)	9 (100%)	12 (100%)	12 (100%)

ANEXO 18 - AVALIAÇÃO DO CURSO: TDAH: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EFETIVA

1. Avaliação das aulas ministradas

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

2. Tema e Conteúdo das aulas

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

3. Organização do tempo (início e término) no curso

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

4. Postura da Psicóloga que ministrou o curso

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

5. Clareza na explicação dos conteúdos

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

6. Exercícios de casa propostos

O _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____ 10
Péssima _____ adequada _____ excelente

7. É possível aplicar o conteúdo teórico na prática (em casa e na sala de aula)? De que maneira?

8. O tempo de curso (30 horas) foi suficiente?

9. O que você mais gostou no curso sobre TDAH?

10. O que você menos gostou no curso?

11. Sugestões de temas para próximos cursos?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

12. Comentários (Críticas e Sugestões):

13. Que nota você se dá referente ao seu aproveitamento no curso: _____

Justifique:
