



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE CIÊNCIAS/CAMPUS BAURU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

CÁSSIA AMÉLIA GOMES

**INDICADORES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO DE MENINOS COM SINAIS
PREDITIVOS PARA O TDAH**

**BAURU
2011**

CÁSSIA AMÉLIA GOMES

**INDICADORES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO DE MENINOS COM SINAIS
PREDITIVOS PARA O TDAH**

Dissertação apresentada para exame de defesa
como requisito à obtenção do título de Mestre à
Universidade Júlio de Mesquita de Filho-
Programa de Pós-graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade
de Ciências da UNESP, sob a orientação da Prof^ª.
Dr^ª Tânia Gracy Martins do Valle.

**BAURU
2011**

GOMES, Cássia Amélia. **Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento de meninos com sinais preditivos para o TDAH.** 2011.

177 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

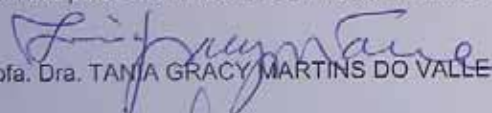
1. TDAH. Estratégias de enfrentamento. Estresse.

CDD

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE CASSIA AMÉLIA GOMES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 31 dias do mês de março do ano de 2011, às 14:00 horas, no(a) Sala 3 da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM do(a) Departamento de Fonoaudiologia/Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo, Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de CASSIA AMÉLIA GOMES, intitulada "Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento de meninos com sinais preditivos para o TDAH". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: _____

APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE


Profa. Dra. MARIA DE LOURDES MERIGHI TABAQUIM


Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES

CÁSSIA AMÉLIA GOMES

**INDICADORES DE ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO DE MENINOS COM SINAIS
PREDITIVOS PARA O TDAH**

Dissertação apresentada para exame de defesa
como requisito à obtenção do título de Mestre à
Universidade Júlio de Mesquita de Filho-
Programa de Pós-graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade
de Ciências da UNESP, sob a orientação da Prof^ª.
Dr^ª. Tânia Gracy Martins do Valle.

Comissão Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Gracy Martins do Valle
Faculdade de Ciências– UNESP – Bauru

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim
Curso de Fonoaudiologia/Faculdade de Odontologia de Bauru/USP

Prof^ª. Dr^ª. Olga Maria P. Rolim Rodrigues
Faculdade de Ciências – UNESP – Bauru

Bauru, 18 de março de 2011.

AGRADECIMENTOS

Às minhas irmãs Melina e Talita por todo o apoio, por me suportarem nos “pitis”, por rirem comigo, por enxugarem minhas lágrimas, por me “olharem” mesmo eu estando tão longe...

Aos meus sobrinhos João e Guilherme por servirem de luz nesta minha caminhada...

Ao meu cunhado Emílio por me permitir sorrir quando a vontade era chorar.

À minha avó Cida, por ser meu guia nesta minha saga. Obrigada!!!

À Luna, minha fiel companheira, amor incondicional, por muitas vezes velar meu sono quando já não conseguia manter os olhos abertos.

Sem o amor de vocês eu nada seria...

*Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos,
Sem amor eu nada seria.
(Apóstolo Paulo)*

Às minhas amigas Malu, Deby, Lu Zanelatto, Paty Fossalussa, Rafa, Regina Rebuá, pelas lágrimas compartilhadas, angústias, medos, alegrias, conquistas...

*Quem é que vai me acolher,
na minha indecisão
Se eu me perder pelo caminho
quem me dará a mão
Foi Deus, quem consagrou você e eu
para sermos bons amigos, num só coração
Por isso eu estarei aqui
quando tudo parecer sem solução
Peço a Deus que te guarde
(que te guarde, abençoe e mostre a sua face)
E te dê a sua Paz.
(Amigos pela fé - Anjos de Resgate)*

Paulinho, meu amigo, meu irmão (*in memoriam*)

*É tão estranho
Os bons morrem jovens
Assim parece ser
Quando me lembro de você
Que acabou indo embora
Cedo demais...
...eu continuo aqui
Meu trabalho e meus amigos
E me lembro de você
Em dias assim
Dia de chuva
Dia de sol
E o que sinto não sei dizer...
...vai com os anjos
Vai em paz...
(Love In The Afternoon -
Renato Russo)*

Aos colegas do Mestrado: início... etapas vencidas...

*Todos os dias quando acordo
Não tenho mais
O tempo que passou
Mas tenho muito tempo
Temos todo o tempo do mundo...
Todos os dias
Antes de dormir
Lembro e esqueço
Como foi o dia
Sempre em frente
Não temos tempo a perder...
(Tempo Perdido - Legião Urbana)*

À Professora Tânia por todo o apoio, pelo aprendizado que me proporcionou, por conter meus momentos de ansiedade, pela motivação em meu dilema diante das escolhas...

Profª. Olga, que orgulho poder ter a senhora como avaliadora, coloco toda a minha admiração pela sabedoria, pela pessoa que és: humilde, humana...

Profª. Malu, que me acompanhou desde a Graduação; muito obrigada pelas valiosas contribuições.

Profª. Regina Cavalcante por me permitir aprender a ser docente ao me oportunizar o estágio em docência.

Drª. Regina Furigo, como ela mesma diz, “sou cria sua”, uma das grandes responsáveis pelo amor à Psicologia, por confiar em meu potencial.

Prof. Henrique, pela excelente análise estatística.

À Profª. Drª. Teresa Cristina, pela criteriosa revisão ortográfica e das normas da ABNT e por sugestões que enriqueceram meu trabalho.

Drª. Lucila de Sousa Campos, coordenadora do curso de Psicologia da FACIMED, pela oportunidade de eu mostrar meu trabalho, pela confiança, acolhimento, ombro amigo...

Letícia, Paula e Leonardo, amigos de trabalho na FACIMED e da vida, pelas sugestões, orientações, por me ouvir e “pegar no colo” quando o cansaço e o desespero me abatia.

Aos meus alunos do curso de Psicologia da FACIMED, em especial Elaine, Maria Helena, Maria do Carmo e Tony por compartilhar minhas angústias de alegrias.

Prof. Valdir diretor da FACIMED, por permitir deixar meu trabalho em alguns momentos para que eu pudesse concluir minha saga.

Às diretoras das escolas, Márcia, Aurinha e Cássia por me permitirem fazer a coleta de dados.

Aos professores que gentilmente aceitaram participar e contribuir com minha pesquisa.

As mães e pais que, muitas vezes, deixaram seus afazeres e compareceram à escola para a coleta de dados.

Às crianças participantes da pesquisa, sem elas eu nada teria conseguido.

A Deus e Santa Rita de Cássia, por “ouvirem” tantos pedidos e me darem força para chegar até aqui.

*Posso, tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo de entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali estar
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir e, mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou*

(Tudo Posso – Celina Borges)

Bruno, meu marido, amigo, companheiro...

“Quem ama consegue enxergar até o que o outro ainda não é...”

(Pe. Fábio de Melo)

*Só quem já provou a dor
Quem sofreu, se amargurou
Viu a cruz e a vida em tons reais
Quem no certo procurou
Mas no errado se perdeu
Precisou saber recomeçar
Só quem já perdeu na vida sabe o que é ganhar
Porque encontrou na derrota o motivo para lutar
E assim viu no outono a primavera
Descobriu que é no conflito que a vida faz crescer*

(Contrários – Pe. Fábio de Melo)

DEDICATÓRIA

Quando eu tinha três anos de idade fiz um pedido:

- “Mãe, me ensina a ler e escrever?”

Inicia-se, então, a minha saga...

*Sou eu que vou seguir você
Do primeiro rabisco
Até o be-a-bá.
Em todos os desenhos
Coloridos vou estar
A casa, a montanha
Duas nuvens no céu
E um sol a sorrir no papel...
Sou eu que vou ser seu colega
Seus problemas ajudar a resolver
Te acompanhar nas provas
Bimestrais, você vai ver
Serei, de você, confidente fiel
Se seu pranto molhar meu papel...
Sou eu que vou ser seu amigo
Vou lhe dar abrigo
Se você quiser
Quando surgirem
Seus primeiros raios de mulher
A vida se abrirá
Num feroz carrossel
E você vai rasgar meu papel...
O que está escrito em mim
Comigo ficará guardado
Se lhe dá prazer
A vida segue sempre em frente
O que se há de fazer...
Só peço, à você
Um favor, se puder
Não me esqueça
Num canto qualquer...*

(O Caderno -Toquinho)

À minha mãe, Cida: guerreira, meu porto seguro, minha primeira mestra, minha inspiração de vida...

*Sonhar
Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer
O inimigo invencível
Negar
Quando a regra é vender
Sofrer
A tortura implacável
Romper
A incabível prisão
Voar
Num limite improvável
Tocar
O inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar esse mundo
Cavar esse chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã, se esse chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu delirar
E morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão*

*Sonho Impossível
Chico Buarque*

Ao meu pai, Netto, que não conseguiu ver-me chegar até aqui... *(in memoriam)*

*Não, eu não vi a sua cura se cumprir
Eu não vi o seu milagre acontecer
Nada que eu pedi a Deus aconteceu
É... Vou tentando achar o rumo por aqui
Vou reaprendendo ser sem ter você
Descobrindo em mim o que você deixou
Grito seu nome
Desejoso de resposta
Quando vejo a mesa posta
E seu lugar sem ter ninguém
Mas nessa ausência
Sei que existe outra presença
Uma força que sustenta
E que me faz permanecer... de pé...
...por que você partiu
Por que você se foi
E porque o milagre não se deu como eu pedi
Não, eu não vou perder a fé nem desistir
Foi você que me ensinou antes de ir
Vou vivendo assim, conhecendo o coração
Que você fez pulsar em mim*

(Jesus, Meu Deus Humano - Pe. Fábio de Melo)

EPÍGRAFE

Depois de algum tempo, você aprende a diferença, a sutil diferença, entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se, e que companhia nem sempre significa segurança. E começa a aprender que beijos não são contratos e presentes não são promessas. E começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança.

E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão. Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo. E aprende que não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam... E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, ela vai feri-lo de vez em quando, e você precisa perdoá-la por isso. Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.

Descobre que se levam anos para se construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrependerá pelo resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias. E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher. Aprende que não temos que mudar de amigos se compreendermos que os amigos mudam; percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos.

Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa, por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas, pode ser a última vez que as vejamos. Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser. Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto. Aprende que não importa aonde já chegou, mas aonde está indo, mas se você não sabe para onde está indo, qualquer lugar serve. Aprende que, ou você controla seus atos ou eles o controlarão, e que ser flexível não significa ser fraco ou não ter personalidade, pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem dois lados.

Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências. Aprende que paciência requer muita prática. Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute quando você cai é uma das poucas que o ajudam a levantar-se.

Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve e o que você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou. Aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha. Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens, poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.

Aprende que quando está com raiva tem o direito de estar com raiva, mas isso não te dá o direito de ser cruel. Descobre que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame, não significa que esse alguém não o ama, com tudo o que pode, pois existem pessoas que nos amam, mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso. Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém, algumas vezes você tem que aprender a perdoar-se a si mesmo. Aprende que, com a mesma severidade com que julga, você será em algum momento condenado. Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte. Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás.

Portanto... plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!"

(William Shakespeare)

E assim, minha saga continua...

RESUMO

A literatura nacional e internacional, especializada nos estudos a respeito do TDAH e subtipos esclarece a dificuldade em se diagnosticar o transtorno, visto a necessidade de indícios do mesmo em mais de um ambiente, bem como a manifestação do estresse no infante e suas estratégias de enfrentamento. Deste modo, a proposta em questão trás à tona a relevância de investigações abrangendo a temática, devido à grande quantidade de discordâncias entre o desenvolvimento dos sinais preditivos e sua manifestação, os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas crianças no contexto escolar. Os dados coletados receberam abordagem quanti-qualitativa conforme evidenciado nas figuras, quadros e nas inferências extraídas dos resultados. Por meio do Protocolo para Hipótese Diagnóstica para o TDAH foi possível fazer o levantamento de sinais preditivos para o TDAH. Para detectar ocorrência de indicativos de estresse no infante foi utilizado o Inventário de Estresse Infantil (ESI), o qual forneceu respaldo para o conhecimento da emissão de comportamentos inadequados, diante da vivência da quebra do equilíbrio no funcionamento normal da criança. A recuperação deste desequilíbrio exige a utilização de estratégias de enfrentamento, cujo uso depende da forma e como a criança vivencia o estressor, a idade que apresenta os sinais preditivos para o TDAH e subtipos e o contexto em que se encontra, vista sua influência no enfrentamento. A análise destas estratégias envolveu então, a categorização em Ação, Acting Out ou Fuga/Esquiva. Para a categorização das estratégias utilizou-se do questionário Presença de Estressores no Contexto Escolar. Com isso, participaram da pesquisa 15 crianças do sexo masculino com sinais preditivos para o TDAH e subtipos, com indicativos para estresse presente em uma das fases do modelo quadrifásico (alarme, resistência, quase-esxautão e exaustão). Além disso, foram analisados os Estilos de Confronto (Agressivo, Assertivo ou Passivo). Os resultados mostram que, conforme o processo maturacional, associado a fatores do meio (9 e 10 anos) os sinais preditivos para o TDA e TDAH tendem a se intensificar, porém, os indicativos de estresse encontram-se, em grande maioria na fase de alarme. Contudo, mesmo com o avanço da idade as crianças em questão não se utilizaram de um rol de estratégias de enfrentamento mais complexo, ficando esse restrito às crianças de menor idade (7 anos), cujos sinais preditivos para o TDH foi o que prevaleceu.

Palavras-chave: TDAH, estratégias de enfrentamento, estresse

ABSTRACT

National and international literature, specializing in studies of ADHD subtypes and clarifies the difficulty in diagnosing the disorder, as the need for evidence in more than one environment, as well as the manifestation of stress in the infant and its coping strategies. Thus, the proposal in question back to the fore the importance of investigations covering the topic, due to the large amount of inconsistencies between the development of predictive signals and its manifestation, indicative of stress and the coping strategies used by these children in the school context. The data collected were qualitative approach quanti-as evidenced in the figures, tables and inferences drawn from the results. Through Protocol for Diagnostic Hypothesis to ADHD could survey of predictive signals for ADHD. To detect occurrence of indicative of stress in the infante was used Infant Stress inventory (ESI), which provided backing for the knowledge of the issue of inappropriate behaviour, given the experience of breaking balance in normal functioning, for the child. Recovery of this imbalance requires using coping strategies, whose use depends on the shape and how the child experiences the stressor, the age that introduces the predictive signs for ADHD and subtypes and the context in which it is, view their influence in the confrontation. The analysis of these strategies has involved then, categorization into action, Acting Out or Leak/Dodging. For the categorization of the strategies used questionnaire presence of Stressors in the school context. With this, surveyed 15 male children with predictive signals for ADHD and subtypes, with indicative to stress this in one of the stages of model quadrifásico (alarm, resistance, almost-exhaustão and exhaust). In addition, analysed the confrontational Styles (aggressive, Aggressive or passive). The results show that, as the process maturacional, associated with the factors of middle (9th and 10th years) predictive signals for the WCT and ADHD tend to intensify, however, indicative of stress are, in majority in alarm phase. However, even with advancing age the children concerned are not used in a rol of coping strategies more complex, and this restricted to the children of minor age (7 years), whose predictive signals for the TDH was what prevailed.

Key-words: ADHD. Copin, estrategies, stress.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
1. O TDAH.....	20
1.1 Histórico.....	22
1.2 Prevalência.....	23
1.3 Fatores genéticos.....	24
1.4 Etiologia.....	28
1.5 Quadro clínico e sintomatologia.....	29
1.6 Fatores ambientais.....	35
1.7 O TDAH no contexto escolar.....	36
2 O ESTRESSE.....	40
2.1 O estresse no contexto escolar.....	44
3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (<i>COPING</i>).....	49
3.1 Histórico.....	49
3.2 O <i>coping</i> na infância.....	49
3.3 Estratégias e estilo de coping em crianças.....	54
3.4 Estilos de confronto.....	57
JUSTIFICATIVA.....	62
OBJETIVO GERAL.....	63
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
MÉTODO.....	63
1 Participantes.....	63
1.1 Critérios para seleção dos participantes.....	64
1.2 Local para coleta de dados.....	65
2 Material.....	65
2.1 Protocolo sobre a possibilidade de TDAH.....	66
2.2 Inventário de estresse infantil.....	67
2.3 Questionário <i>Presença de Eventos Estressores no Contexto Escolar</i>	68

3 Procedimentos para coleta dos dados.....	72
3.1 Procedimentos para análise dos dados.....	74
 4 RESULTADOS.....	 78
4.1 Identificação das crianças com sinais preditivos para o TDAH.....	78
4.2 Indicativos de estresse.....	82
4.3 Estratégias de enfrentamento.....	87
4.4 Estilos de confronto.....	95
 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	 100
5.1 inais preditivos para o TDA, TDH e TDAH	100
5.2 Indicadores de estresse	104
5.3 Estratégias de enfrentamento.....	107
5.4 Estilos de confronto	112
 CONCLUSÃO	 121
 REFERÊNCIAS	 125
 APÊNDICE A – Carta de informação ao sujeito da pesquisa	 136
APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
 APÊNDICE C – Schoolagers’ Coping Inventory Scale de Ryan-Wenger (SCSI).....	 138
APÊNDICE D – Elaboração da versão portuguesa do Schoolagers’ Coping Strategies Inventory (SCSI)	141
APÊNDICE E – Questionário <i>Presença de estressores no contexto escolar</i>	144
APÊNDICE F – Estratégias diante da presença de eventos estressores no contexto escolar.....	146

APÊNDICE G – Estudo piloto	149
ANEXO A – PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA TDAH – versão para pais, professores e observação.....	151
ANEXO B – Autorização para coleta de dados na escola 1.....	175
ANEXO C – Autorização para coleta de dados na escola 2	176

INTRODUÇÃO

A hiperatividade e a desatenção foram referenciadas, na literatura médica, a partir da metade do século XIX, época em que de acordo com Rohde e Halpern (2004), Still, um pediatra, realizou a primeira descrição do transtorno. Rotta (2006) ressalta que, atualmente, o TDAH tem sido considerado um dos maiores problemas clínicos e de saúde pública, gerando grande impacto na sociedade pelo alto custo, os fatores estressores envolvidos, as dificuldades acadêmicas, problemas comportamentais e pela baixa auto-estima gerada nas crianças.

Um número considerável da população de crianças identificadas com sinais preditivos para o TDAH apresenta dificuldades para a adaptação escolar, social e familiar. Esse pressuposto mostra que, o entendimento dos diversos problemas de comportamento infantil requer consideração, não apenas sobre fatores individuais - neurobiológicos ou psicológicos, mas também a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamento dos quadros clínicos, incluindo aí o estudo de aspectos familiares e parentais (Lindahl, 1998 citado por Guilherme, 2007).

Conforme pesquisas desenvolvidas por Coll, Palácios e Marchesi (1995), a hiperatividade é um dos distúrbios mais frequentes na idade pré-escolar e escolar, tendo como características: o excesso de atividade motora, déficit de atenção e dificuldade no controle dos impulsos. Com isso, percebe-se, que os comportamentos referentes à sintomatologia do TDAH são geralmente observados, na maior parte das vezes, no contexto escolar, pelos professores, ao verificar que a criança emite comportamentos de agitação motora, impulsividade e/ou desatenção. Estes passam a ser evidenciados quando são pareados aos comportamentos das outras crianças durante as aulas. Além disso, é possível verificar, de acordo com Topczeski (1999) que o desempenho da criança em relação à média do grupo, apresenta defasagem.

Deste modo, compreende-se que, algumas vezes, os problemas das crianças com TDAH só se tornam verdadeiramente visíveis com o ingresso na escola. Isso acontece porque muitas das dificuldades que vêm à tona em um ambiente social, muitas vezes sendo despercebidas, pois não é exigido delas um trabalho de atenção, concentração e organização, como ocorre na escola, com isso, acabam que sendo vistos como dentro da normalidade. Todavia, com frequência, as crianças com TDAH encontram dificuldades quando se trata do ambiente escolar, em termos de emissão de comportamentos adequados a esse novo ambiente. “Os problemas podem surgir em determinados momentos, por exemplo, quando elas recebem

instruções sobre o que fazer ou quando ouvem uma história no final da tarde e espera-se que fiquem tranqüilamente sentadas” (JONES, 2000, p. 114).

A escola, considerada como o primeiro ambiente socializante para a criança fora do seio familiar, pode se tornar uma fonte de estresse, conforme Lipp et al (1991). Leme (2003) explicita que tanto o professor como o aluno trazem para o ambiente escolar seu histórico de vida, suas idéias, concepções e expectativas mútuas do que deverá ocorrer em sala de aula.

Para Lipp (2000, 2002) as exigências impostas pelo contexto escolar, durante o seu desenvolvimento, as quais a criança se vê obrigada a adaptar-se, podem ser geradoras de estresse. Contudo, a sintomatologia do estresse não afeta todas as criança de maneira uniforme, de modo que os eventos são interpretados pelas pessoas de maneira distinta, podendo este ser visto como estressor ou não. Por isso, a relevância da busca por mecanismos defensivos, psicologicamente adaptativos, bem como a prevenção da instalação dos sintomas, visando proteção a estas crianças. Torna-se necessário, desta forma, a identificação de condições que poderiam contribuir para o desenvolvimento do estresse em crianças, em decorrência da escassez de estudos a respeito do estresse infantil.

O ingresso no contexto escolar pode ainda influenciar e dificultar o desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo da criança, visto que todas estas etapas trazem consigo também inúmeras situações geradoras de tensão, muitas vezes incapacitantes para as crianças e para o seu ainda frágil mecanismo de combate ao estresse. Portanto, Ryan-Wenger, (2002) em seus estudos sobre o estresse em escolares deixa claro que, mesmo as crianças muito novas apresentam comportamentos de *coping* para lidar com os estressores do dia-a-dia. Por isso, a relevância da pesquisa em questão, a qual se propõe a identificar os sinais preditivos para o TDAH, os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas crianças para superar situações adversas encontradas no contexto escolar, em decorrência da mesma emitir comportamentos inadequados, referentes ao TDAH.

1 O TDAH

1.1 Histórico

As primeiras referências à hiperatividade e à desatenção na literatura médica datam da metade do século XIX, época em que, de acordo com Rohde e Halpern (2004), Still, um pediatra, realizou a primeira descrição do transtorno. Contudo, a nomenclatura desse transtorno vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Para Still, as crianças que apresentavam comportamentos de impulsividade, agressividade e desafiador possuíam um “defeito no controle moral” e que, na maioria dos casos, apresentava-se como crônico.

Barkley (1997) cita o estudo desenvolvido por Still (1902) a respeito da descrição de um grupo de crianças com características de agressividade, ausência de regras, desatenção, impulsividade e excessiva atividade, salientando as semelhanças comportamentais entre essas crianças e pacientes com lesão do lobo frontal como o marco das pesquisas sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

Petry (1999) explana que, até a década de 1940, o TDAH era referido como lesão cerebral mínima. Deste momento até os anos 60, prevaleceu uma concepção orgânica do transtorno, a qual enfatizava as manifestações comportamentais. Devido a isso, o transtorno foi incluído na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-II) sendo designado de Reação Hiperkinética da Infância.

Durante a década de 70, os estudos se voltaram para o sintoma da hiperatividade em detrimento dos sintomas restantes, porém, no final dessa mesma década, as pesquisas passaram a valorizar o sintoma de desatenção, por meio da hipótese de que a criança podia ter déficit de atenção sem a presença de hiperatividade. Todavia, somente a partir da década de 80, com o surgimento da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-III) é que se estabeleceu o termo Distúrbio de Déficit de Atenção, que podia ou não ser acompanhado de hiperatividade. Porém, a partir de 1987, com a organização do DSM-IV, é dada nova e maior ênfase à hiperatividade, nomeando esse distúrbio, em 1994, como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

Hoje, sabe-se que os sintomas do TDAH (hiperatividade, impulsividade e desatenção) relacionam-se com alterações na região frontal do cérebro, as quais desempenham um papel primordial na inibição comportamental, atenção sustentada, autocontrole e planejamento do futuro (BARKLEY, 1997).

1.2 Prevalência

Fichtner (2000), através de estudos epidemiológicos desenvolvido com 10.500 famílias, na Inglaterra evidenciou taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos. Por meio desta pesquisa, encontrou-se uma prevalência de 10% de transtornos psiquiátricos na infância. Porém, há poucos estudos realizados em países em desenvolvimento, mas estes sugerem que as taxas são, no mínimo, semelhantes.

Na década de 80, conforme Fichtner (2000), foi desenvolvido no Brasil um questionário de rastreamento para pais (QMPI) e aplicado em 829 crianças entre 5 e 14 anos, tendo sido identificados 15% de problemas de saúde mental na população estudada. Outro estudo, desenvolvido por Almeida-Filho (1984), e citado por Fichtner (2000) utilizando o mesmo instrumento, revelou a associação de problemas de saúde mental na infância com problemas de saúde mental materna.

Em estudo realizado no Brasil, Fichtner (2001) encontrou taxas de aproximadamente 10% em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes (agricultura de subsistência), semelhantes às da população de classe média dos países desenvolvidos. Entretanto, áreas urbanas e carentes (favelas) apresentaram taxas mais elevadas, em torno de 20%, sugerindo a presença de outros fatores sócio-culturais, além do econômico, que diferenciam as duas populações de baixa renda estudadas, como a área rural de subsistência e a favela. Com isso, é possível verificar que são inúmeros os problemas de saúde mental na infância, sendo os mais comuns os de conduta, de atenção, de hiperatividade e os emocionais, conforme Fleitlich, (2005).

A incidência do TDAH (tipo misto) e seus subtipos, TDA (tipo predominantemente desatento) e TDH (tipo predominantemente hiperativo/impulsivo) é estimada em crianças e adultos, homens e mulheres, abrangendo todos os grupos étnicos, estratos sócio-econômicos, níveis de escolaridade e graus de inteligência. Sua prevalência é estimada em 3 a 6% da população infantil geral (APA, 2002; ROHDE; KETZER, 1997).

Porém, em outros estudos, Barbaresi et al. (2006), Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) e Vasconcellos et al. (2003) encontraram índices de prevalência com ampla variância (de 3 a 26%) no mesmo tipo de população. A oscilação nos achados quanto à prevalência indica que os resultados variam de acordo com os critérios utilizados para se avaliar o transtorno e de acordo com a população.

Rohde e Halpern (2004) ressaltam que, tanto estudos nacionais como internacionais utilizam-se dos critérios plenos do DSM-IV, por intermédio dos quais é possível constatar-se

a prevalência. Com base nessas porcentagens, observa-se que a proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais e até 9:1 em estudos clínicos. Rohde e Halpern (2004), ainda referenciam que a diferença entre essas proporções, provavelmente, deve-se ao fato de as meninas apresentarem sintomas predominantemente de desatenção e menos sintomas de transtorno de conduta, em comorbidade, o que gera menor índice de emissão de comportamentos desadaptados nos contextos familiar e escolar.

No Brasil, Benczik (2000), por meio de critérios neuropsicológicos, encontrou de 3,5% a 3,9% em uma amostra representativa de alunos do 1º ano do Ensino Fundamental na cidade de Porto Alegre. Fontana et al (2007), em amostra de 461 alunos em quatro escolas de São Gonçalo, utilizando critérios de DSM-IV, encontrou 13%.

Em um estudo de revisão, Rohde e Mattos (2003) evidenciam 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 cols. (2001) atentam para 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 tanto em casa como na escola.

1.3 Fatores genéticos

Rohde e Halpern (2004) ressaltam que os dados sobre o substrato neurobiológico do TDAH são derivados dos estudos neuropsicológicos, de neuroimagem e de neurotransmissores, embora pareça consenso que nenhuma alteração em um único sistema de neurotransmissores possa ser responsável por uma síndrome tão heterogênea quanto o TDAH. Topczewski (1999) explica que o desequilíbrio bioquímico cerebral, provocado pela produção e reaproveitamento inadequados dos neurotransmissores (dopamina, noradrenalina, serotonina) em certas regiões do cérebro (pré-frontal, frontal, parietal, sistema límbico, núcleos da base, cerebelo, sistema reticular ascendente) seja responsável pelo nível de atenção, controle das emoções, controle motor e estado de vigília. Essas alterações bioquímicas modificam o comportamento neurofisiológico, pois interferem nos mecanismos

do sono e vigília, favorecendo o aparecimento do comportamento agressivo, impulsivo, depressivo e distúrbios da atenção.

Rohde e Halpern (2004) explicitam que o processo neuromaturacional do encéfalo tem uma progressão pósterio-anterior, ou seja, primeiramente, mieliniza-se a região da visão, cuja janela maturacional se abre próximo do nascimento e se fecha em torno dos 2 anos de idade. Por último, mielinizam-se as áreas anteriores. Dessa forma, do ponto de vista neuroevolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade pura em crianças sem lesão até aproximadamente os 4 a 5 anos de idade, visto que a região pré-frontal, onde está o "freio motor", só completa seu ciclo mielinogénico nessa faixa etária.

Estudos de neuroimagem estrutural evidenciaram ainda, de acordo com Rohde e Hapern (2004), que a trajetória neuroevolutiva de aumento dos volumes intracerebrais das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade segue um curso paralelo ao das sem o transtorno, porém, sempre com volumes significativamente menores, o que sugere que os eventos que originaram o Quadro (influências genéticas ou ambientais) foram precoces e não-progressivos.

Coll, Palacios e Marchesi (1995) ressaltam ainda que as manifestações comportamentais na criança hiperativa variam com a idade, com seu desenvolvimento e conforme a sintomatologia predominante em cada subtipo do TDAH. Sendo assim, ressaltam que a hiperatividade não deve ser tratada como uma doença e sim uma desordem bioquímica, provocada pela baixa produção ou pelo menor reaproveitamento dos neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e serotonina), nas regiões do cérebro (parte frontal) responsáveis pelo nível de atenção e controle das emoções e de sono. (COSTA; KANAREK, 2006).

Barkley (1997, 2000); Szobot et al. (2001) e Strayhorn (2002) estudaram os processos psicopatológicos, a neurobiologia e a neuropsicologia do TDAH e sugerem que a disfunção no córtex pré-frontal e suas conexões com os circuitos subcorticais e com o córtex parietal possam ser responsáveis pelo quadro clínico. 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, autorregulação de motivação, e do limiar para ação dirigida a um objetivo definido além da internalização da fala.

O TDAH, portanto, conforme Vasconcellos (2002) pode ser explicado por danos no desenvolvimento, estrutura e função do córtex pré-frontal e suas redes com outras regiões cerebrais. Tais danos levam a déficits na manutenção da atenção, inibição, regulação da emoção, motivação, capacidade de organização e planejamento do comportamento futuro.

Estudos citados por Rohde e Halpern (2004) mostraram uma recorrência familiar significativa para o TDAH; isto quer dizer que o risco para o a ocorrência do transtorno parece ser de duas a oito vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral. Contudo, apesar de todas as evidências obtidas nos estudos com famílias, não se deve excluir a possibilidade de que a transmissão familiar do TDAH e seus subtipos tenham influência do ambiente.

O conceito de família coloca esta como o primeiro ambiente de socialização do ser humano, sendo ela descrita como uma estrutura social objetiva onde o processo se inicia, conforme Paiano (2007). Na socialização primária, a criança interioriza o mundo familiar como sendo o seu mundo, por isso, este mundo aparece envolto por emoções que são ensinadas e aprendidas e, dependendo da forma como essas emoções são conduzidas no ambiente familiar, é possível inferir sobre a presença entre os membros familiares a saúde ou o transtorno mental.

Mais do que somente a estrutura familiar, as atitudes de seus membros são determinantes para o bem-estar geral da família e de cada membro individualmente. Sendo assim, as atitudes podem contribuir para relações mais harmoniosas, que resultem em maior tolerância e compreensão na tentativa de construção ou reconstrução da família, tornando-a facilitadora do bem-estar de todos os membros.

Estudos desenvolvidos por Waidman (2003) e Vitolo (2005) descreveram que um dos fatores determinantes do transtorno mental em crianças e jovens é a correlação entre as características da estrutura familiar ou problemas relacionados às questões familiares, bem como o número de adultos presentes no lar, a educação e a atividade laboral dos pais e o bem-estar das crianças, o que resulta na associação à saúde mental a condições familiares.

Paiano (2007) ainda desenvolveu estudos referentes aos fatores de risco, os quais puderam identificar os antecedentes familiares de transtorno mental como uma característica forte nas famílias pesquisadas. Todas as famílias pertenciam à classe econômica menos favorecida, sendo que a maior parte das crianças era submetida a formas diferenciadas de negligência física e psicológica, pois sofriam com humilhações em decorrência da emissão de comportamentos desadaptados, o que, provavelmente, é um fator determinante de baixa autoestima.

Guilherme (2007), por meio da análise da percepção dos pais de crianças com idade entre 7 e 10 anos e TDAH do subtipo combinado, verificou uma série de aspectos da vida social, dificuldades em lidar com a criança e do relacionamento marital, constituindo-se em importante deterioração no funcionamento familiar e no relacionamento conjugal do grupo de

pais das crianças com o transtorno do subtipo combinado. Este achado corrobora a ideia de que o tipo combinado do TDAH estaria mais fortemente associado a funcionamento familiar negativo do que os tipos com predomínio de desatenção ou predomínio de hiperatividade-impulsividade.

Guilherme (2007) sugere ainda que famílias de crianças com o tipo combinado de TDAH apresentavam mais fatores de risco associados com adversidade familiar, como conflito marital, pais com histórico de transtornos psiquiátricos e eventos de vida estressantes, quando comparadas a famílias de crianças com o tipo predominantemente desatento.

Cunningham e Boyle (2002), por meio de uma pesquisa epidemiológica a respeito dos aspectos do funcionamento familiar e parental em famílias de crianças pré-escolares com TDAH, revelaram que as mães dessas crianças apresentavam escores de depressão mais altos que as mães de crianças sem o transtorno.

Devido a comportamentos desadaptados, a criança pode apresentar dificuldades relacionais com grupo de pares (COSTA; KANAREK, 2006). Dessa forma, é necessário enfatizar o quão importante é o contexto familiar para a superação dessa dificuldade pela criança. Sendo assim, é fundamental que se conheça a dinâmica da relação entre a criança, seus pais e irmãos, para melhor compreensão da influência do ambiente familiar sobre os comportamentos da criança, bem como da possibilidade de potencializar os sintomas do TDAH.

É comum defrontar-se com pais totalmente permissivos e incapazes de estabelecimento de regras e limites para os filhos. Isso vem mostrar que tais fatores ambientais familiares podem relacionar-se ao desenvolvimento da hiperatividade (TOPCZEWSKI, 1999). A criança oriunda de ambiente conturbado pode possuir dificuldades de relacionamento, comportamento e, conseqüentemente, de aprendizagem. Pais relatam, além disso, sobre comportamentos como agressividade, comportamento antissocial, baixa autoestima e atitudes negativistas que, em sua maioria, são conseqüências de comportamentos inadequados do ambiente familiar e pedagógico (GHERPELI; REED, 2007).

No que diz respeito às relações entre o TDAH e o contexto familiar, é possível perceber que ainda há limitações metodológicas de estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos).

1.4 Etiologia

Estudos desenvolvidos por Waidman (2003) e Vitolo (2005) descreveram que um dos fatores determinantes do transtorno mental em crianças e jovens é a correlação entre as características da estrutura familiar ou problemas relacionados às questões familiares, bem como o número de adultos presentes no lar, a educação e a atividade laboral dos pais e o bem-estar das crianças, o que resulta na associação à saúde mental a condições familiares.

Paiano (2007) ainda desenvolveu estudos referentes aos fatores de risco, os quais puderam identificar os antecedentes familiares de transtorno mental como uma característica forte nas famílias pesquisadas. Todas as famílias pertenciam à classe econômica menos favorecida, sendo que a maior parte das crianças era submetida a formas diferenciadas de negligência física e psicológica, pois sofriam com humilhações em decorrência da emissão de comportamentos desadaptados, o que, provavelmente, é um fator determinante de baixa autoestima.

Guilherme (2007), por meio da análise da percepção dos pais de crianças com idade entre 7 e 10 anos e TDAH do subtipo combinado, verificou uma série de aspectos da vida social, dificuldades em lidar com a criança e do relacionamento marital, constituindo-se em importante deterioração no funcionamento familiar e no relacionamento conjugal do grupo de pais das crianças com o transtorno do subtipo combinado. Guilherme (2007) sugere ainda que famílias de crianças com o tipo combinado de TDAH apresentavam mais fatores de risco associados com adversidade familiar, como conflito marital, pais com histórico de transtornos psiquiátricos e eventos de vida estressantes, quando comparadas a famílias de crianças com o tipo predominantemente desatento.

Cunningham e Boyle (2002), por meio de uma pesquisa epidemiológica a respeito dos aspectos do funcionamento familiar e parental em famílias de crianças pré-escolares com TDAH, revelaram que as mães dessas crianças apresentavam escores de depressão mais altos que as mães de crianças sem o transtorno.

Devido a comportamentos desadaptados, a criança pode apresentar dificuldades relacionais com grupo de pares (COSTA; KANAREK, 2006). Dessa forma, é necessário enfatizar o quão importante é o contexto familiar para a superação dessa dificuldade pela criança. Sendo assim, é fundamental que se conheça a dinâmica da relação entre a criança, seus pais e irmãos, para melhor compreensão da influência do ambiente familiar sobre os comportamentos da criança, bem como da possibilidade de potencializar os sintomas do TDAH.

É comum defrontar-se com pais totalmente permissivos e incapazes de estabelecimento de regras e limites para os filhos. Isso vem mostrar que tais fatores ambientais familiares podem relacionar-se ao desenvolvimento da hiperatividade (TOPCZEWSKI, 1999). A criança oriunda de ambiente conturbado pode possuir dificuldades de relacionamento, comportamento e, conseqüentemente, de aprendizagem. Pais relatam, além disso, sobre comportamentos como agressividade, comportamento antissocial, baixa autoestima e atitudes negativistas que, em sua maioria, são conseqüências de comportamentos inadequados do ambiente familiar e pedagógico (GHERPELI; REED, 2007).

No que diz respeito às relações entre o TDAH e o contexto familiar, é possível perceber que ainda há limitações metodológicas de estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos).

1.5 Quadro clínico e sintomatologia

O quadro 1 contempla a sintomatologia do TDAH e subtipos, predominantemente desatento (TDA) e hiperativo/impulsivo (TDH).

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	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

Quadro 1 – Sintomatologia do TDAH e subtipos, predominantemente desatento (TDA) e hiperativo/impulsivo (TDH) Fonte: Rossi, 2008

O TDAH é classificado no manual diagnóstico DSM-IV (2002) como um tipo de transtorno geralmente avaliado pela primeira vez na infância ou adolescência. Para Desidério (2007), é considerado um problema neuropsiquiátrico, de origem biológica, marcado pela hereditariedade, manifestando-se antes dos sete anos de idade e podendo persistir até a idade adulta. “É um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle de impulsos e com o nível de atividade” (DEL PRETTE, Z., 2005, p.162). Consequentemente, crianças com TDAH costumam ser desatentas, distraídas, impulsivas e impacientes, sendo que tais características podem causar comprometimento cognitivo, social e escolar, conforme Del Prette, Z., (2005).

Cypel (2007) ressalta que o conceito de TDAH é bastante genérico, diagnosticado por critério clínico e instrumental, sendo marcado pela descrição de um conjunto de sinais e sintomas. Em geral, baseia-se na avaliação de manifestações relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade. A duração dos sintomas também está permeada por dificuldades, razão por que se torna importante que a persistência dos sintomas em vários locais ao longo do tempo seja minuciosamente investigada. Rohde (2004) explana que o profissional deve estar atento para a possibilidade de que os sintomas sejam fruto de outros quadros, reação a um fator psicossocial desencadeante, produto de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado.

O TDAH, portanto, é basicamente composto de sintomas: o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade (CARRASCO, 2002). Os sintomas de desatenção (TDA) são descritos pelo DSM-IV (2002) mediante características como: dificuldades de prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido; dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar deveres escolares, dificuldades para organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar para envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; distrair-se facilmente por estímulos alheios à tarefa e, apresentar esquecimento em atividades diárias.

As crianças portadoras de TDA do Tipo Desatento são vistas simplesmente como lentas no aprendizado, a despeito do fato de a maioria ter inteligência média ou acima da média. Seus esquecimentos e sua desorganização, no entanto são vistos como sinais de capacidade intelectual limitada e não como sinais de TDA (PHELAN, 2005, p. 38).

Os sintomas de hiperatividade, característica do TDH, resumem-se à agitação das mãos ou dos pés; abandonar a cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera

que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades e falar em demasia.

A impulsividade é caracterizada: por dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; dificuldade para aguardar sua vez; interromper ou intrometer-se em assuntos de outros. Apresentam ainda, conforme Barkley (2008) dificuldades em completar tarefas sequenciais, maior número de repetência escolar, agitação motora, dificuldade de controlar os impulsos, inquietação, atividade excessiva. A característica fundamental do transtorno, segundo Fontana et al. (2007) e Benczik, (2000), é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e intenso que aquele apresentado por indivíduos de nível equivalente de desenvolvimento.

Segundo Phelan (2005), existem oito características que normalmente acompanham o TDAH: a desatenção ou tendência à distração; a impulsividade; a dificuldade de esperar ser atendido; a hiperatividade; a superexcitação emocional; a desobediência; os problemas sociais e a desorganização. A criança pode ter todas ou apenas algumas dessas características.

São características da criança com sinais preditivos para o TDAH: a falta de motivação; maior comprometimento em memória de trabalho; dificuldade em atividades de velocidade de processamento; menor autoconfiança; baixo desempenho em leitura e compreensão; apresentam sintomas internalizantes, como depressão, ansiedades e dificuldades e flutuação na aprendizagem. Ciasca (2010) ressalta ainda que estas crianças tendem a apresentar dificuldades nas tarefas percepto-motoras, desordem cognitiva e dificuldade em atenção focalizada. “Por causa de sua dificuldade com regras e com o autocontrole, a criança com TDAH do Tipo Combinado é muitas vezes uma significativa força negativa na sala de aula” (PHELAN, 2005, p. 35).

Oliveira e Albuquerque (2009) revelam que o funcionamento cognitivo tem sido investigado como potencial fator para a diferenciação dos tipos. Diante desse pressuposto, é possível perceber que no subtipo desatento (TDA) prevalece a incidência de déficits no processamento da informação, porém, tende a apresentar melhores resultados nas áreas de flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, competência visuo-espacial, desempenho motor e linguagem.

Já o tipo combinado (TDAH) tende a mostrar melhores resultados em medidas de velocidade de processamento, atenção, QI de realização, memória e fluência. Oliveira e Albuquerque (2009) desenvolveram estudos que constataram déficits de atenção sustentada em ambos os tipos, (TDA e TDAH) com o tipo combinado apresentando, adicionalmente,

índices de maior ativação no estilo de resposta, porém, com a característica comportamental de impulsividade. A distinção dos tipos entre si (APA, 1994, 2000) requer análise aprofundada, uma vez que as diferenças de sintomatologia predominante parecem refletir não só nas diferenças no comportamento, mas também em termos cognitivo, etiológico e do desenvolvimento (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009).

Os estudos desenvolvidos por Barkley (1997, 2000), referentes às funções executivas sob o ponto de vista cognitivo, têm assumido papel relevante, sobretudo pela semelhança encontrada entre as manifestações comportamentais do TDAH e os transtornos neuropsicológicos decorrentes de disfunções executivas, como as que resultam de lesões frontais. Esses estudos, que incluem um vasto e diversificado conjunto de medidas neuropsicológicas, revelam, também, um pior desempenho de crianças com TDAH, em medidas de natureza executiva em comparação com tarefas não-executivas. Dessa forma, os déficits executivos encontrados ressaltam a proposta de Barkley (1997) ao referir-se à inibição comportamental, atenção e memória de trabalho.

Do ponto de vista comportamental, o TDAH (tipo combinado) tem sido apontado como o mais comprometedor do funcionamento adaptativo, com maior incidência de problemas nos relacionamentos interpessoais e de emissão de comportamentos, como a agressividade, a impulsividade, bem como maior probabilidade de comorbidade com os transtornos opositivos e de conduta (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009).

Tanto o tipo Desatento (TDA) quanto o Combinado (TDAH) parecem ocasionar maior comprometimento acadêmico. Os indivíduos portadores do tipo Hiperativo/Impulsivo (TDH) demonstram ter maior número de comportamentos agressivos e impulsivos do que nos dois outros tipos. Em decorrência disto, as pessoas consideradas hiperativas/impulsivas são as que mais sofrem de impopularidade e rechaço social por parte de seus colegas. Já o tipo Combinado, caracterizado por traços tanto do tipo Desatento como do Hiperativo/Impulsivo, acarretará maiores déficits globais quando comparados aos outros dois de forma individualizada (ROHDE, TRAMONTINA E POLANCZKY, 2000).

Segundo Barkley (2002), a questão fundamental do quadro clínico está na dificuldade de inibir o comportamento. Para explicar a teoria, apoiou-se nos estudos de Jacob Bronowski sobre a habilidade que a espécie humana tem em esperar por períodos de tempo mais longos do que outras espécies antes de responder a estímulos. Sendo assim, Mattos et al. (2003) consideram que o principal comprometimento decorrente do TDAH seja o das funções executivas.

Isso quer dizer que, conforme esses autores, o sistema de controle executivo na criança com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade apresenta um desequilíbrio, sendo este responsável por recrutar e extrair informações de diversos outros sistemas cerebrais, compreendendo uma classe de atividades altamente sofisticadas que, em conjunto, englobam todos os processos responsáveis por focalizar, direcionar, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos.

Elas são responsáveis ainda pela realização de tarefas simples de rotina e, principalmente, pela solução ativa de problemas novos. Consequentemente, em decorrência desse desequilíbrio das funções executivas, a criança com TDAH passa a emitir comportamentos desadaptados, regidos por hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Esse desequilíbrio das funções executivas pode ser justificado por alterações no funcionamento do córtex pré-frontal e de suas conexões com a rede subcortical, de acordo com Barkley (1997). Isso mostra que comprometimentos nessa região estão relacionados aos sintomas típicos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), como dificuldades para tomar iniciativa, planejar, estabelecer prioridades, monitorar o tempo, manter a motivação e concluir tarefas (BELLÈ, 2005).

Assim, é visto que essas características prejudicam o funcionamento da criança em mais de um contexto, como na escola, em casa ou em ambientes sociais, acarretando comprometimento clinicamente importante do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional como explana Mattos (2007).

As alterações do córtex pré-frontal e, consequentemente das funções executivas tornam-se responsáveis por gerar, na maioria dos pacientes com quadro de hiperatividade, certa defasagem no desenvolvimento motor (TOPCZEWSKI, 1999). Desse modo, o primeiro desafio seria a realização do diagnóstico precoce, (COSTA; KANAREK, 2006), devendo levar em consideração os dados da história da criança e os obtidos na avaliação clínica para garantir a fidedignidade da hipótese diagnóstica.

Para Goldstein; Goldstein (1998), para o diagnóstico da hiperatividade é preciso uma cuidadosa gama de informações de várias fontes como, pais e professores e também variados instrumentos como questionários, entrevistas e testes. A Associação Americana de Pediatria (AAP) (2000) considera que altos níveis de hiperatividade/impulsividade não são indicadores de problema ou transtorno, com exceção em situações que provocam déficits funcionais, como em desempenho acadêmico, relações sociais e familiares, baixa autoestima. Tanto a hiperatividade como a impulsividade devem ser avaliadas levando em consideração as circunstâncias e o contexto de ocorrência dos comportamentos e reações,

1.6 Fatores ambientais

As causas precisas do TDAH e seus subtipos ainda não são conhecidos, embora exista uma gama de estudos já realizados. Contudo, a literatura reconhece a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento. De acordo com Rohde e Halpern (2004), a predisposição genética, somada a agentes ambientais, assim como na maioria dos transtornos psiquiátricos, podem ser responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) ao transtorno. Dessa forma, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo vão depender da ação dos genes facilitadores da suscetibilidade, de quanto cada um deles contribui para a doença, ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um, e da interação desses genes entre si e com o ambiente.

Barkley (2002) ressalta que o TDAH tende a se manifestar precocemente e em distintos contextos. Os mecanismos implicados no aparecimento de dificuldades características do TDAH são multifatoriais, ou seja, parecem estar relacionados a fatores ambientais e/ou sócio-culturais, a irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral, bem como a outros fatores biológicos tais como herança genética, traumas e exposição a toxinas.

Biederman et al. (1991 citados por ROHDE e HALPERN, 2004) ressaltam que agentes psicossociais, como desentendimentos familiar e presença de transtornos mentais nos pais, rompem com a homeostase do funcionamento adaptativo e da saúde emocional geral da criança, podendo influenciar no surgimento e manutenção da doença, pelo menos em alguns casos. Os autores encontraram, ainda, uma associação positiva entre algumas adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo) e o TDAH.

Porém, ainda há a busca pela associação entre TDAH e complicações na gestação ou no parto, sugerindo que algumas complicações como: toxemia, eclâmpsia, pós-maturidade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, má saúde materna predis põem ao transtorno. É necessário salientar que a maioria dos estudos sobre possíveis agentes ambientais apenas levantam evidências da associação entre esses fatores e o TDAH, não sendo possível ainda estabelecer uma relação clara de causa e efeito entre eles.

O entendimento dos diversos problemas de comportamento infantil requer consideração, não apenas sobre fatores individuais (sejam eles neurobiológicos ou psicológicos), mas também a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamento dos Quadros clínicos,

incluindo aí o estudo de aspectos familiares e parentais (LINDAHL, 1998 citado por GUILHERME, 2007).

1.7 O TDAH no contexto escolar

Topczewski (1999) preconiza que, a partir do momento em que a escola, tornou-se atividade obrigatória, a partir do século XIX, a escolaridade passou a ter papel fundamental para a ascensão social. Porém, a partir disso algumas problemáticas também começaram a vir à tona, isto é, dificuldades escolares e os seus fracassos passaram a ser considerados como um problema importante.

A escola é um ambiente social com regras e limites a serem incorporados e assimilados, e onde a criança estabelecerá novos relacionamentos (BENCZIK, 2002). Segundo essa autora, as crianças que chegam à escola com boas habilidades adquirem com facilidade os novos conhecimentos acadêmicos, adaptando-se, assim, mais facilmente às demandas escolares posteriores. O inverso ocorre com aqueles que iniciam a vida escolar com a emissão de comportamentos menos habilidosos.

Assim, é possível perceber que, para um bom desempenho escolar, de acordo com Benczik (2002), a criança necessita permanecer sentada quieta, de longos períodos de concentração e fazer as lições escolares. Para atender às exigências desse ambiente, a criança necessita ter controle e ajustar seu comportamento para responder satisfatoriamente a essas demandas (CIASCA, 2003); contudo, crianças com TDAH, ainda segundo a autora, têm esse ajuste prejudicado pela falta de controle da impulsividade. Cypel (2003) ressalta que esses comportamentos contribuem para a quebra do equilíbrio, em termos de regras e harmonia da sala de aula, o que interfere no trabalho didático e no ritmo das atividades dos outros alunos. O mesmo autor destaca ainda que essas crianças, às vezes, apresentam dificuldade em adaptar-se em salas de aula com número grande de alunos, visto que esse tipo de ambiente prejudica a manutenção da atenção e a concentração. Desse modo, compreende-se que, algumas vezes, os problemas das crianças com TDAH só se tornam verdadeiramente visíveis com o ingresso na escola. Isso acontece porque muitas das dificuldades que vêm à tona em ambiente social, muitas vezes passam despercebidas, pois não é exigido delas trabalho de atenção, concentração e organização, como ocorre na escola.

Nessa perspectiva, percebe-se que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade afetam de modo adverso tanto o desempenho acadêmico (ROHDE et al., 1999), como os relacionamentos familiar e social (BARKLEY, 1998), o ajustamento psicossocial e a vida

laborativa. Além dos sintomas básicos do transtorno, em mais de 50% dos casos, existem comorbidades com transtornos do aprendizado, transtornos do humor e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de substâncias e de álcool (BIEDERMAN et al., 1993).

Além disso, crianças que experimentam o fracasso precocemente, algo comum no TDAH, são vulneráveis a uma ampla variedade de complicações psicossociais. Sendo assim, o impacto do TDAH, em longo prazo, na vida das crianças não é uniforme, visto que cerca de 20% das crianças com sintomas de TDAH persistentes têm bom funcionamento em várias áreas de sua vida, enquanto 20% das crianças com sintomas do transtorno de forma persistente funcionam mal em âmbitos social, educacional e emocional (BIEDERMAN et al., 1998).

Phelan (2005) relata que, na população em geral, 10% a 15% das crianças apresentam dificuldades de aprendizagem; em portadores de TDAH este número sobe para próximo de 40%. Pesquisa realizada pelo Programa de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODAH), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, trouxe como resultados 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. Rohde, Dorneles e Costa (2006) referem que o subtipo desatento (TDA) foi o que mais interferiu de forma negativa no desempenho escolar (100%).

Para Rizo e Rangé (2003) as principais dificuldades da criança com TDAH na escola dizem respeito 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 frequentemente 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 tranquilamente.

Gadow (2004) relata que estudos divergem ao relacionar os sintomas do TDAH ao contexto e às fontes de identificação que são utilizadas. Esse mesmo autor mostra que é possível obter resultados diferentes em função do contexto de identificação a que se recorre. O estudo longitudinal de Mannuzza, Klein e Moulton (2002) elucidam esta questão. Ele foi desenvolvido durante 12 anos, com uma amostra de meninos entre 6 e 12 anos de idade que abrangeu quatro grupos: meninos considerados hiperativos em casa e na escola (TDAH generalizado – ambiente escolar e familiar), meninos hiperativos na escola (assim considerados pelos professores, mas não pelos pais), meninos hiperativos no contexto familiar

(assim considerados pelos pais, mas não pelos professores) e um grupo de controle constituído por meninos sem transtorno. Ainda há o fato de que a identificação dos participantes a partir de um único contexto vai contra o estipulado pelo *American Psychiatric Association* (DSM-IV), (2000, 2002), que apenas considera o diagnóstico do transtorno quando os prejuízos decorrentes do quadro sintomático atingem dois ou mais contextos de vida.

Do seguimento dos participantes, foi possível distinguir dois grandes grupos: o dos participantes com TDAH generalizado e com TDAH em contexto escolar, por um lado, e o dos participantes com TDAH em contexto familiar sem TDAH, por outro lado, tendo os primeiros apresentado maior prevalência de transtorno antissocial, problemas comportamentais mais severos, bem como maiores níveis de abandono e de fracasso escolar. Nesse estudo, a identificação em contexto escolar parece ser mais fidedigna e caracterizar um grupo com maior severidade comparativamente à identificação em contexto familiar. Todavia, questões quanto à adequação das amostras, baseadas numa única fonte e contexto de informação, podem ser levantadas devido à impossibilidade de determinar o impacto da disfunção em diferentes contextos de vida e, ainda, à impossibilidade de controlar o risco de uma avaliação menos precisa na ausência de fontes de comparação.

De um lado, estudos desenvolvidos por Havey, Olson, McCormick e Cates (2007) sugerem que variáveis ambientais existentes no contexto escolar, como o grande número de alunos nas salas de aula e a proveniência cultural dos sujeitos podem gerar influências na percepção dos professores quanto à identificação do TDAH, o que contribui para excessiva identificação da sintomatologia do TDAH entre os alunos. Por outro lado, pode ocorrer inexactidão em relação às investigações que abarcam apenas as informações de um dos pais/cuidadores.

Quanto ao relato das crianças, são igualmente conhecidas as limitações referentes aos autorrelatos, visto que decorrem, muitas vezes, de crianças que ainda não atingiram a maturidade necessária para compreender e reportar, com precisão, estados emocionais, intensidade e duração dos sintomas. Com isso, informações obtidas com vários informantes vêm reforçar a importância de se recorrer a essa gama de dados simultaneamente, pois se verifica que a consideração de cada uma das fontes, de modo isolado, aumenta a probabilidade de inexactidão na identificação do TDAH (THAPAR et al, 2006).

Dessa forma, os comportamentos emitidos pela criança com sinais preditivos para o TDAH devem ser compreendidos tanto em relação ao contexto onde ocorrem, como quanto aos reforçadores que os mantêm, já que podem causar desajuste social, em função de

dificuldades escolares, devido a comportamentos de hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção.

Portanto, de acordo com Carrasco (2002), a criança com sinais preditivos para o TDAH costuma apresentar problemas com o aprendizado devido à dificuldade de prestar atenção e manter a concentração. Além disso, pode apresentar problemas sociais no ambiente escolar por causa de comportamentos considerados inadequados o que acarretará isolamento social.

Frequentemente, essas dificuldades acabam levando a criança a assumir atitude negativa perante o estudo e à escola o que pode ser fator gerador de estresse. Isso, porque no ambiente escolar pode ocorrer agravamento nos problemas de aprendizagem, que, de acordo com Bellè (2005), em razão de os sistemas educacionais exigirem das crianças alta capacidade de concentração para que aprendam e, geralmente, não considerarem as necessidades individuais dos alunos, o que pode tornar-se um evento estressor para a criança com sinais preditivos para o TDAH.

Em função desse quadro, na próxima seção, caracteriza-se o estresse, delimitando sua ocorrência não só no contexto escolar, como também no familiar.

2 O ESTRESSE

As interações do ser humano e dos animais com o meio requerem respostas psicológicas e comportamentais para fazer frente aos constantes desafios que lhes são impostos (LEME, 2003). Para esse mesmo autor, o estresse é visto como parte do sistema biopsicossocial adaptativo. Isso mostra que, para o ser humano ser capaz de responder a essas demandas é necessário superar adversidades impostas pelo meio, muitas vezes, geradoras de desequilíbrio, tanto em termos físico como psicológico.

Esse equilíbrio é denominado homeostase, e corresponde à capacidade de autorregulação dos vários sistemas existentes no organismo, de modo que, frente a alterações no equilíbrio interno, o indivíduo reage de forma a buscar estabelecer posição similar à que existia previamente à ocorrência do desequilíbrio. Esse processo foi nomeado de mecanismo do estresse, sobre o qual Oliveira (2006) ressalta estudos iniciais com Hipócrates (470-377 a.C); porém, foi somente em 1929, após os trabalhos do fisiologista Cannon, formulador do conceito de homeostase, que a reação ao estresse passou a ser compreendida como um fenômeno relacionado à interação corpo-mente.

Em 1936, Hans Selye, um dos precursores dos estudos sobre o estresse, definiu-o como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático” e, estressor, como todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008). O conceito de estresse foi então formulado em seus trabalhos com animais de laboratório. Selye percebeu que, quando estes eram submetidos a situações hostis, que excediam suas capacidades de defesa, apresentava uma série de alterações fisiológicas (CARVALHO, 2004; LIPP, 2004).

Selye, em 1956, explanou a respeito da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), sob a hipótese de que o processo de estresse compreende três fases ou estágios (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008). A primeira delas, descrita como fase de alarme, inicia-se quando a pessoa se defronta com um estressor, em decorrência de um desequilíbrio na homeostase, assim, o organismo necessita se preparar para "lutar ou fugir". Conforme Carnier (2010), essa reação pode ser considerada saudável e benéfica ao organismo, visto que o prepara para atuar em situações de urgência. O problema surge quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva.

A outra fase, de resistência, ocorre em decorrência de a fase de alerta persistir, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor, por isso o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, a fim de buscar o reequilíbrio. Se a reserva de energia adaptativa for suficiente, há a recuperação da pessoa, saindo assim do processo de estresse. Todavia, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008).

Por fim, aparece a fase da exaustão, a qual é caracterizada pelo esgotamento do organismo, devido ao excesso de atividades, e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Camelo e Angerami (2004), Goulart Jr. (2008) e Lipp (2004, 2008) ressaltam que a ocorrência desta fase se dá quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houve, concomitantemente, a ocorrência de outros estressores. Seus sintomas são parecidos com os da fase de alarme, contudo, em nível de maior intensidade, consequentemente, podendo haver exaustão psicológica e física, em forma de depressão e doenças.

Lipp (2000), por intermédio de seus estudos para padronização do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), verificou a necessidade de maiores reflexões a respeito da fase de resistência proposta pelo modelo trifásico de Selye, visto que as pessoas não entrariam na fase de exaustão de modo súbito. Com isso, Lipp (2000) propôs uma fase intermediária entre a fase de resistência e a de exaustão, denominada de fase de quase-exaustão. Esta se caracteriza por enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa. Quando se encontra nesta fase, a pessoa pode sentir flutuações entre momentos de bem-estar/tranquilidade com momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, podendo ocorrer o surgimento de algumas doenças, demonstrando assim que a resistência já não é tão eficaz (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2004, 2008).

Mediante estudos de Lazarus e Folkman (1985), é possível entender o estresse como uma reação fisiológica, cognitiva, emocional e comportamental, resultante da percepção do sujeito de que os recursos disponíveis encontram-se desordenados, em relação às exigências do ambiente, perante uma situação que é avaliada pela pessoa como sendo relevante para o seu bem-estar.

Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991) ressaltam que o estresse infantil é semelhante ao do adulto, sendo que, quando a criança é confrontada com algum estressor

reage com sensações físicas e psicológicas, visto que as consequências do estresse excessivo ou prolongado podem levar a problemas graves de saúde.

Dentre os distúrbios psicológicos mais comuns estão: depressão, enurese, dificuldades de relacionamento, comportamento agressivo, desobediência, ansiedade, choro excessivo, gagueira, dificuldades escolares, pesadelos, irritabilidade e insônia. Quanto aos distúrbios físicos tem-se: asma, dores de barriga, dores de cabeça, doenças dermatológicas, entre outras. Isso ocorre porque, conforme Cabral (2008) e Lipp (1991), quando a criança se depara com algo estressante, seu cérebro, por meio do hipotálamo, ativa o sistema nervoso simpático e a glândula pituitária, acionando simultaneamente as glândulas supra-renais e liberando a adrenalina.

Khorol (1975 citado por MYERS, 1999) retoma as formulações de Hans Selye ao abordar o estresse, preconizando que a adaptação seja a variável de maior relevância, em termos de reações do organismo a mudanças, agradáveis ou desagradáveis, acarretando o estresse como manifestação referente a essas reações.

A partir desse pressuposto, Hans Selye, ainda conforme Khorol (1975, citado por MYERS, 1999), salienta que essas manifestações e reações frente ao estresse, em decorrência de possíveis desequilíbrios, apresentam uma gama variada, tendo o organismo reações de ordem biológica. Isso quer dizer que, frente a eventos, considerados pelo indivíduo como estressores, observa-se hiperatividade na substância cortical, nas glândulas suprarrenais e atrofia do timo (glândula endócrina).

Esta reação do organismo é geral, contudo, em cada caso existem peculiaridades quanto à intensidade do processo de adaptação, proporcional à amplitude do desequilíbrio. Além disso, é preciso explicitar que o sistema límbico é o responsável pelos fenômenos emocionais e vegetativos e que, por intermédio do hipotálamo, comanda o sistema simpático e parassimpático, o qual provoca a liberação de adrenalina, noradrenalina e dopamina e seus derivados, atingindo vários órgãos por meio da corrente sanguínea, em especial o coração, fígado e intestino. Ainda, segundo Myers (1999), a dopamina vem sendo reconhecida como o neurotransmissor cerebral que mais gera influências comportamentais.

Todo esse processo faz com que a criança fique em estado de alerta, concomitantemente, as atividades vegetativas (como digestão e sono) ficam mais inibidas, perdendo o apetite, dormindo mal e podendo ter dores abdominais. Se a reação ao estresse for muito intensa ou se prolongar por um período muito longo, sérios problemas de saúde podem ocorrer (LIPP, 1991).

Dentre as causas do estresse infantil, observa-se que ele pode ser causado por excesso de atividades e, também, por fatores como: separação dos pais, morte de algum membro da família, nascimento de irmão, hospitalizações e mudança de escola ou residência (LIPP; NOVAES, 1998), maturidade e independência precoce, permissividade sexual excessiva (VILELLA, 1996), exposição a pessoas desconhecidas, mudança na rotina, impedimento físico para o alcance de algum objetivo, assim como pelo contato com membros da família que estejam sob estresse (raiva interpessoal, ausência de suporte social) e, ainda, quando a criança não recebe cuidados adequados diariamente (KARRAKER; LAKE, 1991).

Pesquisas consideram o estresse infantil como fator de risco em relação à saúde mental na vida adulta e na adolescência (LEME, 2003). Além disso, indica que o estresse pode ser a principal variável causal de psicopatologias infantis. Deste modo, a vivência de experiências estressantes no início do desenvolvimento pode contribuir para a ocorrência de problemas emocionais e comportamentais, provocando ruptura no desenvolvimento normal do indivíduo (LEME, 2003).

O conceito de estresse, na atualidade, vem ocupando lugar de destaque tanto na Medicina quanto na Psicologia. Myers (1999) ressalta que a forma com que o indivíduo percebe e avalia as situações capazes de acionar a reação de estresse é peculiar, diferindo, conforme cada indivíduo, no que diz respeito ao ambiente em que vive e ao histórico de comportamentos que este traz consigo. O autor aponta ainda catástrofes, mudanças significativas na vida e problemas do cotidiano como fatores geradores de estresse mais estudados, apontando o sentimento de perda do controle sobre a vida como o aspecto psicológico comum a todos eles (MYERS, 1999). Isso mostra que agentes estressores podem ser responsáveis pela perda de suporte social (MYERS, 1999), destacando a família, a escola, o trabalho e a comunidade como as principais fontes, as quais exercem papel preponderante no enfrentamento de crises, e para o desenvolvimento de mecanismos de adaptação emocional. Todavia, quando não é possível uma adaptação, eclode, então, o adoecimento, mediante o qual são sintetizadas confluências de várias vertentes oriundas das dimensões somática, psíquica e sócio-cultural, traduzindo um desequilíbrio neste sistema de forças.

Destaca-se, ainda, que a existência de pequenas alterações funcionais no substrato físico pode sinalizar o desequilíbrio no corpo, instalando-se, assim, uma doença acompanhada de padrões mentais e emocionais (MYERS, 1999).

No entanto, é possível perceber o estresse sob outro prisma, o qual apresenta aspectos positivos, ao criar uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. Assim, em decorrência dessa necessidade de adaptação, exige-se do indivíduo a emissão de vários

comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o estresse, ou seja, suas estratégias de enfrentamento sejam elas adequadas ou não (LIPP & MALAGRIS, 2001).

Estudos dirigidos por Atti, Cuchierato e Guimarães (2006) destacam que todos os organismos vivos buscam equilíbrio com o meio ambiente. Isso quer dizer que, sempre que uma criança recebe um estímulo externo (um ruído, uma imagem), ela age sobre esse estímulo a fim de restabelecer o equilíbrio. Deste modo, o estresse, segundo Guimarães (2006), é visto como um estado que se instaura independentemente do significado psicológico da situação que o desencadeou. Isso mostra que uma mudança ocorrida no meio (externo ou interno) é capaz de inferir um estado de instabilidade, acionando uma reação ao estresse.

Raimundo (2005) ressalta que, historicamente, o estudo do estresse iniciou-se com investigações realizadas em populações adultas, sendo apenas recentemente desenvolvidos estudos a respeito do estresse infantil e adolescente. Inicialmente, os estudos a respeito do estresse infantil foram concebidos sobre hipóteses de investigação e medidas provenientes de estudos baseados na percepção que os adultos têm acerca do que é indutor de estresse. Todavia, era visível a necessidade de modificar a teoria do estresse e *coping*, de modo a promover ajustes à população infantil. Com isso, verificou-se que os fatores de estresse presentes nas crianças não são os mesmos que os observados em adultos; visto também que o desenvolvimento e funcionamento cognitivo das crianças e dos adultos é bastante distinto (RYAN-WENGER, 1992).

Investigações realizadas inicialmente no campo do estresse enfatizavam os grandes acontecimentos de vida, ou seja, os danos ou ameaças de grandes proporções para o indivíduo, considerados significativos o bastante para alterar o estilo de vida deste. Contudo, não davam a devida importância para os acontecimentos menores de vida compreendidos como situações do dia a dia que se tornam irritantes, frustrantes e perturbadoras das relações interpessoais. Raimundo (2005) afirma ainda que esses acontecimentos considerados de menor proporção podem produzir o estresse do dia a dia, denotando sintomas de estresse psicológico.

2.1 O estresse no contexto escolar

A escola é vista como um contexto que privilegia as interações da criança com seus pares, em decorrência do número de horas diárias que estas passam nesse ambiente. Porém, é

possível verificar, de acordo com Raimundo (2005, 2006), que uma dessas formas de interação pode ser o conflito, considerado como uma oposição comportamental.

Com base nesse pressuposto, é possível verificar que o conflito entre pares no contexto escolar surge como um estressor específico muito comum entre as crianças das séries iniciais. Isso indica que a escola, considerada como o primeiro ambiente socializante para a criança fora do seio familiar, pode tornar-se uma fonte de estresse, conforme Lipp et al (1991). Leme (2003) explicita ainda que, tanto o professor como o aluno trazem para o ambiente escolar seu histórico de vida, suas idéias, concepções e expectativas mútuas do que deverá ocorrer em sala de aula.

Pesquisas desenvolvidas por Cause; Dubow (1992) e Compas et al (1988) evidenciaram que o estudo de estressores específicos é considerado um ganho, em decorrência do uso de diferentes estratégias para estressores distintos, tendo em conta que os fatores do meio, as variáveis pessoais, em especial as avaliações de ameaça e controle sobre o estressor, ou as exigências da situação estressante poderão gerar influências (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Para Lipp (2000, 2002), as exigências impostas pelo contexto escolar, durante o seu desenvolvimento, exigências estas em que a criança se vê obrigada a adaptar-se, podem ser geradoras de estresse. Contudo, a sintomatologia do estresse não afeta todas as criança de maneira uniforme, visto que cada pessoa interpreta os eventos de uma maneira, podendo este ser visto como estressor ou não. Por isso, a relevância da busca por mecanismos defensivos, psicologicamente adaptativos, bem como a prevenção da instalação dos sintomas, visando proteção a estas crianças.

Torna-se necessário, dessa forma, inicialmente, a identificação de condições que poderiam contribuir para o desenvolvimento do estresse em crianças, em decorrência da escassez de estudos a respeito do estresse infantil.

Em 1980, Grunspun já fazia inferências sobre a existência do estresse no infante, porém, sem respaldo científico considerável para mensurá-lo e diagnosticá-lo. Em 1987, Lipp e Romano publicaram uma versão preliminar de um *Inventário de Sintomas de Estresse*, o qual veio a ser validado por Lucarelli em 1997 e deu origem à *Escala de Estresse Infantil* (LUCARELLI, 1998; LIPP e LUCARELLI, 1998), viabilizando os estudos a respeito do levantamento do estresse em crianças.

Vilela (1995) comparou o nível de estresse em crianças do Ensino Fundamental de escolas particulares e públicas; Tricoli (1997) averiguou a sintomatologia em escolares; Pereira (1996) analisou a correlação entre estresse e dor abdominal sem causa física em

crianças de 7 a 14 anos e, Bignotto (1997) estudou a contribuição do estresse para a obesidade infantil. Estes estudos serviram de base para a compreensão de alguns aspectos do estresse infantil, porém, muito permanece a ser pesquisado na área, a fim de que métodos adequados de prevenção e manejo do estresse infantil sejam elaborados.

Ainda que exista a necessidade de estudos a respeito da sintomatologia do estresse infantil, é possível identificar os sintomas de estresse mais prevalentes em crianças, entre eles: aparecimento súbito de comportamentos agressivos, não representativos do comportamento do infante no geral; desobediência inusitada; dificuldade de concentração, sintomas de depressão, ansiedade, enurese, gagueira, dificuldades de relacionamento, dificuldades escolares, pesadelos, insônia, birras e até o uso indevido de tóxicos. Além disso, há ocorrência de causas físicas relacionadas ao estresse, sendo: asma, bronquite, hiperatividade motora, doenças dermatológicas, úlceras, obesidade, cáries, cefaléia, dores abdominais, diarreia, tiques nervosos, entre outros.

Os sintomas de estresse infantil não são sempre diagnosticados. Desse modo, pais e professores acabam por punir e coagir a criança em decorrência de mudanças súbitas de comportamento ou queda do rendimento escolar. Essas atitudes dos adultos diante de situações como estas tendem a agravar o problema, pois se torna mais uma fonte de estresse para a criança, visto que ainda não compreende o que se passa no seu organismo.

De acordo com Lipp (2002), a incidência de estresse grave na população infantil não é conhecida, porém, há conhecimento a respeito das queixas, estas responsáveis pelo desenvolvimento da sintomatologia do estresse nessa população. Esse pressuposto embasa a referência às queixas do infante em relação aos aversivos geradores de estresse no contexto escolar, dentre os quais, irritabilidade demonstrada pelo professor, gritos, impaciência e falta de comunicação com os alunos, instruções confusas, escassez de elogios, não conhecer os direitos do alunado, não ser continente quando a criança queixa-se sobre a existência de algum conflito no contexto familiar, tarefas em excesso, manutenção de comportamentos de competição entre os colegas de turma e desorganização. Isso mostra o quanto a relação entre a criança e o professor pode contribuir para o desenvolvimento do estresse infantil.

O ingresso no contexto escolar pode ainda influenciar e dificultar o desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo da criança, visto que todas essas etapas trazem consigo também inúmeras situações geradoras de tensão, muitas vezes incapacitantes para as crianças e para o seu ainda frágil mecanismo de combate ao estresse. Isso é apontado por Tricoli (2000), o qual explana que atualmente, com a necessidade de as mães entrarem no mercado de trabalho, as crianças têm iniciado a vida escolar cada vez mais precoce.

Com essa mudança na organização das atividades familiares, a escola passou a ser o primeiro ambiente social fora do seio familiar em que a criança é inserida ainda bem pequena. Devido a isso, é destinado ao professor além da função de ensinar, também a responsabilidade no que se refere à educação e formação da criança, a qual muitas vezes, os pais delegam para a escola. Consequentemente, os professores vêm apresentando índices mais altos de estresse, tornando-se, em algumas situações, fonte de estresse também para os alunos (LIPP, 2000).

Lipp (2000; 2002) ainda enfatiza que o modo como a criança lida com seu estresse vai determinar sua resistência às tensões da vida adulta, isso porque as experiências pelas quais o ser humano passa são geradoras de aprendizagem e estas, determinantes de comportamentos futuro.

Com isso, verifica-se que, quando a criança é capaz de lidar de maneira adequada com o meio ambiente em que vive, quando este não lhe impõe a necessidade de exibir uma resistência acima de sua capacidade, que ainda encontra limites; quando a ansiedade gerada pelas vivências não está além de sua capacidade de lidar com ela, e a criança consegue se adaptar às tensões, poderá ser capaz de estabelecer o manejo do estresse quando atingir a vida adulta. Por outro lado, quando o ambiente em que vive exige-lhe o confronto com inúmeros estressores dificulta uma adaptação saudável. Com isso, na fase adulta, reações ao estresse inadequadas são aprendidas, tendo a pessoa, a tendência de emitir respostas inadequadas quando confrontadas nas horas de tensão.

Tendo em vista os fatores ambientais, observa-se, conforme Kunrath (2006), que a família, em grande parte das sociedades, é desde o início a primeira e principal referência de vida e de mundo para a criança, responsável pela preparação desta para a vida social. Desse modo, torna-se alvo perante as reflexões referentes às percepções e as atitudes para com os filhos com sinais preditivos para o TDAH. Ribeiro (2005) desenvolveu um estudo, evidenciando níveis significativamente mais altos de abuso em crianças com TDAH, visto que estas sofrem punições mais frequentemente e mais severamente pelos pais do que as crianças sem o transtorno, além de rejeição por parte tanto dos professores como dos colegas. Sendo assim, a disfunção familiar pode representar um fator de risco, podendo sua interação com a predisposição genética exacerbar a apresentação e a continuidade dos sintomas.

Em contrapartida, o contexto psicossocial e as influências familiares não-genéticas representam variáveis críticas, em relação ao desenvolvimento e à manutenção de comportamentos condizentes ao TDAH. Compreende-se, assim, que o Quadro sintomático do indivíduo com TDAH resulte de múltiplos fatores biológicos e ambientais, os quais interagem

e se influenciam mutuamente, levando a um padrão único de funcionamento para cada indivíduo.

Com base nesse pressuposto, observa-se que a literatura sobre o TDAH cita a característica do transtorno, enfocando os relacionamentos dessas crianças com a família, amigos, professores, entre outros, salientando, especialmente, dificuldades encontradas pelas pessoas que convivem com essas crianças, principalmente os pais/cuidadores, devido aos constantes conflitos que ocorrem nessas interações.

A criança com TDAH e seus pais apresentam maiores conflitos relacionais quando comparados ao relacionamento de crianças sem o diagnóstico. Barkley (2002) salienta que esse processo de interação entre pais/cuidadores e filhos com TDAH pode tornar-se um processo exaustivo, na medida em que as respostas dos filhos, em sua maioria, são negativas em relação ao comportamento esperado pelos pais como satisfatório.

Cunningham e Barkley (1979 citados por KUNRATH, 2006) conseguiram analisar, ao estudar o comportamento de crianças com TDAH, aspectos recíprocos das relações entre mães e filhos. Esses autores evidenciaram que os filhos com comportamentos de hiperatividade apresentam maior dificuldade em obedecer a ordens, em manter-se focados em suas tarefas, em comparação com as crianças sem o diagnóstico do transtorno. Além disso, o estudo possibilitou identificar baixo nível de respostas positivas das mães para com a criança, dedicando grande parte do tempo tentando controlar, dirigir ou organizar as atividades de seus filhos, tanto em jogos como em tarefas estruturadas, quando comparadas com as mães de crianças sem esse transtorno.

Kunrath (2006) aponta ainda pesquisas desenvolvidas por Keown e Woodward (2002) e Colón (2001), os quais destacam o uso de práticas disciplinares mais relaxadas pelos pais, o que resulta em menor eficiência parental e menor comunicação com seus filhos. Com isso, torna-se relevante considerar as estratégias educativas que os pais utilizam para obter respostas satisfatórias quanto ao comportamento de seus filhos, especificamente com a finalidade de prevenir dificuldades de relacionamento tanto no núcleo familiar, quanto nos outros ambientes dos quais a criança participa.

Desse modo, torna-se pertinente a exploração a respeito dos estilos de confronto, visando à melhoria das relações da criança com sinais preditivos para o TDAH no contexto escolar e familiar, buscando, com isso, contingências mais assertivas.

3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (*COPING*)

3.1 Histórico

Pesquisas alavancadas por Lazarus e Folkman (1984) concebem o *coping* como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptar-se a circunstâncias adversas. São os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, os quais se têm constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais.

Desde o início do século, conforme Vaillant (1994), pesquisadores vinculados à psicologia do ego, como Freud e Anna Freud têm concebido o *coping*, enquanto correlato aos mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos. A despeito dos mecanismos de defesa, eventos externos e ambientais foram posteriormente incluídos como possíveis desencadeadores dos processos de *coping* e categorizados hierarquicamente no sentido dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos (RAIMUNDO, 2005, 2006).

A partir desta perspectiva inicial, algumas distinções foram sendo feitas no sentido de diferenciar os mecanismos de defesa, do *coping* propriamente dito. Enquanto os comportamentos associados aos mecanismos de defesa foram classificados como rígidos, inadequados com relação à realidade externa, originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes; os comportamentos associados ao *coping* foram classificados como mais flexíveis e propositais adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes, embasado nos estudos de Lazarus e Folkman (1980).

Já na década de 60, o *coping* foi descrito a partir de determinantes cognitivos e situacionais, sendo conceituado como um processo que transita entre a pessoa e o ambiente, com importância nessa dinâmica, tanto quanto em traços de personalidade, conforme elucidações de Folkman & Lazarus (1985).

3.2 O *coping* na infância

O estresse, desde a década de 60 tem sido reconhecido como um aspecto inevitável da condição humana, enquanto o *coping* é que faz a diferença em termos de adaptação, no que

diz respeito ao funcionamento humano. Nesse sentido, Lazarus e Folkman (1984) e Ryan-Wenger (1992) direcionaram seus estudos para os processos psicológicos que originam as diferenças individuais na reação ao estresse, por meio do desenvolvimento de um modelo de análise e de compreensão do *coping*, aceito como referencial teórico por numerosos estudiosos e investigadores, dentre os quais Compas (1987) e Serra (2002).

Este modelo de análise define o *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo utiliza para lidar com as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas pela pessoa como uma sobrecarga ou que excedem os seus recursos. Esses esforços cognitivos e comportamentais, no entanto não se apresentam estáticos e pré-definidos, mas em constante mudança, em função de avaliações e reavaliações que são feitas pelo indivíduo, sobre a relação pessoa e meio em que vive, que também está em contínuas modificações.

Tentativas de regular as emoções negativas associadas às situações estressantes são variáveis presentes em estudos sobre as estratégias de enfrentamento, mostrando que esses esforços, são relevantes para reduzir os efeitos negativos desses eventos (BOEKAERTS, 1996; COMPAS et al. 1988). Para estudá-los é preciso, primeiramente, avaliar como o fenômeno estressor é percebido, interpretado, e cognitivamente representado pelo indivíduo (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Isso vem mostrar que, desde a infância, os indivíduos são confrontados com situações estressantes, conforme Compas (1987 citado por RAIMUNDO, 2006). Ryan-Wenger (2002), em seus estudos sobre o estresse em escolares, deixa claro que, mesmo as crianças muito novas apresentam comportamentos de *coping* para lidar com os estressores do dia a dia.

Em 2003, Skinner e colaboradores fizeram revisão das principais medidas de *coping* e dos sistemas hierárquicos, provenientes de estudos empíricos realizados nos últimos 20 anos. Um dos sistemas hierárquicos é o proposto por Ryan-Wenger (1992), elucidando que não faz sentido diferenciar as estratégias focadas na emoção, das estratégias centradas no problema, uma vez que, em muitas situações, a criança não tem nenhuma possibilidade de alterar os estressores. Desse modo, comportamentos de distração e evitamento poderão ser adaptativos, uma vez que são as únicas soluções que se apresentam à criança. Assim, Ryan-Wenger (1990) estabelece neutralidade para as estratégias de *coping*, na medida em que só podem ser vistas como positivas ou negativas, em função da situação e dos resultados obtidos.

Boekaerts (1996) mostrou, por intermédio de seus estudos, os quais tinham por objetivo medir variáveis que, de alguma forma, pudessem prever possíveis desordens,

tentando estabelecer relações causais entre os estressores e a sintomatologia apresentada por essas crianças. No entanto, muitas delas não apresentavam dificuldades significativas frente ao estresse, sugerindo que elas podem apresentar sintomas ou ser resilientes ao enfrentarem eventos de vida negativos, em função da qualidade de suas estratégias de *coping* e de características de personalidade.

Compas e colaboradores (1987) convergem com Ryan-Wenger (1992) ao preconizar sobre o significado preciso do *coping* e sua operacionalização. Para esses autores, crianças são capazes de lidar com o estresse, não apenas mediante ações comportamentais, mas também por meio de respostas emocionais e cognitivas. Desse modo, o *coping* inclui tanto respostas eficazes para lidar com o estresse como respostas mal-sucedidas.

Assim, o *coping* é visto não como um traço, mas como um construtor de atividades que varia conforme o tipo de estressor, o seu domínio e o momento do próprio processo de *coping* (SKINNER; WELLBORN, 1997). Dessa forma, percebe-se que o enfrentamento é um processo momentâneo e não uma característica constante da personalidade, podendo as ações ser aprendidas, usadas e descartadas. No entanto, Folkman e Lazarus (1985) explicitam que as estratégias podem sofrer modificações durante os estágios da vida e de uma situação estressante para outra.

Para Folkman e Lazarus (1985), as funções do *coping* são duas, podendo ser divididas em categorias. A primeira seria a modificação da relação entre a pessoa e o ambiente, na tentativa de controle ou alteração da situação estressora (*coping* baseado no problema), e a segunda seria a adequação/regulação da resposta emocional que é associada ao estresse, ou resultado de eventos estressantes (*coping* baseado na emoção).

As estratégias baseadas no problema são mais utilizadas, visto que existe a tentativa de avaliação da situação estressora, tendo essas a possibilidade de ser modificadas, já as estratégias baseadas na emoção, são utilizadas quando, ao se avaliar a situação, não são encontrados meios de se modificar as condições de ameaça ambiental (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SAVOIA, 1999).

As duas formas de estratégias podem ser utilizadas, influenciando-se mutuamente. Sendo assim, o *coping* baseado na emoção pode facilitar o que se baseia no problema por remover ou diminuir a tensão, enquanto que o *coping* baseado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Segundo Antoniazzi et al. (1998), há uma pequena quantidade de pesquisas a respeito do enfrentamento na infância, indicando a necessidade de elaboração de instrumentos dirigidos a essa população, visto que as características básicas do desenvolvimento cognitivo

e social tendem a afetar o que as crianças experimentam como estresse e como elas lidam com essas situações (COMPAS, 1987). Assim, é possível perceber a dificuldade na identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas por essa população.

Costa Junior (2005) ressalta que problemas metodológicos nos estudos de enfrentamento com crianças têm dificultado a avaliação da eficácia das estratégias neles descritas, pois não há uniformidade no modo como têm sido investigadas as formas de enfrentamento. Após controvérsias e desacordos de estudos em relação aos processos de estresse e *coping* na infância, Ryan-Wenger (1992) e Peterson (1989), aparecem para defenderem a necessidade de desenvolver uma teoria de estresse e *coping* específica para essa fase do desenvolvimento. Isso porque Ryan-Wenger considera que os estressores da criança são diferentes dos estressores dos adultos, como citado anteriormente, visto que se referem a situações com os pais, outros membros da família, professores ou condições sócio-econômicas que estão fora de seu controle direto e, geralmente, são mais difíceis de serem modificados pela própria criança do que pelos adultos.

Peterson (1989) considera ainda que o nível de desenvolvimento cognitivo também gere influência na utilização de determinadas estratégias, na medida em que a criança necessita realizar avaliação do evento estressor para iniciar ação adaptativa. Em geral, os estudos sobre *coping* na infância apresentam diferentes estratégias para descrever os pensamentos e comportamentos utilizados frente a situações estressantes.

Estudos revelam que eventos estressores, presentes no repertório de aprendizagem da criança, têm sido relacionados a problemas emocionais e de comportamento (DELL'AGLIO; HUTZ, 2002). Porém, existe uma variância no modo como a criança lida com eventos adversos, devendo-se a diferenças na disponibilidade de recursos e estratégias utilizadas, conforme os autores citados. Isso mostra que a ação dos eventos estressores, e a forma como a pessoa os enfrenta tem sido estudadas, tomando-se por base trabalhos desenvolvidos por Lazarus e Folkman (1984), os quais são de considerável relevância científica.

Dell'aglio e Hutz (2002) explicitam a necessidade de se verificar variáveis que possam interferir nas estratégias de enfrentamento utilizadas pela criança, em decorrência das possíveis influências que o ambiente familiar gera, bem como as características básicas do seu desenvolvimento cognitivo e social. Além disso, o desenvolvimento cognitivo também gera influência sobre a utilização de determinadas estratégias, visto que a criança necessita emitir uma ação adaptativa, por meio da seleção de estratégias de enfrentamento.

Entre as estratégias mais frequentes, identificam-se o controle do perigo, a busca de apoio, a solução de problema e a distração, enquanto as menos frequentes envolvem agressão,

autodestruição e afastamento, anteriormente estudadas por Ryan-Wenger (1992) para a elaboração do *Schoolagers Coping Strategies Inventory* (SCSI). Nesse sentido, é interessante destacar não só o comportamento de evitação, como também as estratégias focalizadas na emoção como um aspecto do *coping* infantil, e que podem funcionar de forma adaptativa quando a criança não pode mudar a situação, ou quando evoca muita emoção, sendo uma tentativa de manter o controle sobre a situação (DELL'AGLIO, 2003).

Wills (1986) verificou que a variabilidade e a diversidade de tipos de confronto aumentam com a idade. As pesquisas parecem demonstrar, numa perspectiva desenvolvimentista, que as competências cognitivas envolvidas no confronto emocional tendem a ser mais sofisticadas e só emergem no fim da idade escolar, quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação (BARROS, 2003).

Barros (2003), em seus estudos e Costa Junior (2005) em sua revisão bibliográfica, verificaram que o confronto em que a criança tende a controlar a emoção (habilidades de *coping* focalizadas na emoção) tentando, assim reduzir a tensão (intervenção cognitiva) é mais frequente em crianças mais velhas, bem como o uso de estratégias mais complexas de enfrentamento. As habilidades para *coping* focalizadas no problema parecem ser adquiridas mais cedo, desenvolvendo-se até aproximadamente oito a dez anos de idade.

Crianças pequenas, atreladas ao concreto e ao imediatismo são beneficiadas por confrontos concretos, enfrentamentos comportamentais e busca por apoio emocional, ao passo que crianças mais velhas e os jovens, que podem controlar emoções e usar recursos imaginários, conseguem utilizar o relaxamento ou transformar o significado subjetivo da situação estressante. Conforme Barros (2003), à medida que a criança cresce, não só aumenta o leque de estratégias de enfrentamento, mas, também, sua sofisticação.

Estudos de Band e Weisz (1988) indicam que crianças por volta dos 6 anos de idade usam menos estratégias de *coping* focalizado na emoção que crianças maiores de 9 anos, quando há um declínio significativo na proporção de respostas de evitação e, em contrapartida, há aumento na direção da resolução do problema. Sugerem ainda que o *coping* focalizado na emoção pode desenvolver-se mais devagar, em parte pela necessidade de maturidade cognitiva. Apesar de a variável idade ser relevante na previsão das condições que a criança tem ao enfrentar essa situação e de optar por um tipo de estratégia ou outra, não pode ser considerada fator decisivo para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao estresse.

Lazarus e Folkman (1984) estabeleceram que o primeiro tipo de *coping*, focalizado no problema, refere-se ao esforço para mudar ou administrar alguns aspectos de uma pessoa,

do ambiente ou de uma relação entre estes, que é percebida como estressante. Band e Weisz (1988) definiram esse tipo de *coping* como controle primário, *coping* de aproximação, conforme Altshuler e Ruble (1989), ou monitorador, como preconiza Miller (1981).

O *coping* focalizado na emoção aparece como o tipo que envolve esforços para administrar ou regular as emoções negativas associadas ao episódio de estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984); *coping* controle secundário, conforme Band e Weisz, (1988), manipulação da emoção, redução da tensão ou evitação, de acordo com Altshuler e Ruble (1989) ou desatento, como exposto por Miller (1981).

3.3 Estratégias e estilos de coping em crianças

Ryan-Wenger (1992), por meio de uma síntese de trabalhos empíricos sobre estratégias de *coping* em crianças, chegou a resultados similares nesses estudos. Identificou, inicialmente, 145 estratégias que foram agrupadas de acordo com algumas características fundamentais comuns, chegando, então, ao estabelecimento das seguintes categorias: *atitudes agressivas, comportamento de evitação, comportamento de distração, evitação cognitiva, distração cognitiva, solução cognitiva de problemas, reestruturação cognitiva, expressão emocional, resistência, busca de informação, atividades de isolamento, atividades de autocontrole, busca de suporte social, busca de suporte espiritual e tentativa de modificação do estressor.*

Ryan-Wenger (1992) realizou ainda uma revisão das categorias de *coping* de nível inferior, reunindo mais de 100, sendo que, com base na classificação racional, identificou 15 categorias de ordem superior, citadas também por Skinner & Wellborn, (1997). Com base nessas categorias, construiu um instrumento de avaliação das estratégias de *coping*, o “*Schoolagers Coping Strategies Inventory*” (SCSI), que consiste em um instrumento de autorregistro, destinado a crianças com idades entre 8 e 12 anos e que permite simultaneamente avaliar a frequência e a percepção da eficácia das estratégias por parte das crianças (RYAN-WENGER, 1990).

O instrumento avalia a percepção da criança acerca da sua utilização de estratégias de enfrentamento durante um evento considerado por ela estressor. Ao analisar os itens individualmente, o investigador poderá detectar diferenças entre grupos particulares de crianças ou descobrir estratégias específicas que poderão ser mais eficazes em determinados grupos. Como anteriormente referido pela autora, ela parte do pressuposto de que não existem estratégias mais eficazes ou adaptativas do que outras, mas que os resultados da utilização das

estratégias refletem as percepções das crianças, acerca de seus recursos de enfrentamento e de sua capacidade para geri-los, quando exposta a eventos estressores. O desenvolvimento desse instrumento partiu de estudo exploratório realizado com 103 crianças com idades variando entre 8 e 12 anos, em que lhes era solicitado que identificassem o tipo de coisas que faziam quando vivenciavam situações estressoras.

Uma versão portuguesa do SCSI foi elaborada por Lima, Lemos e Guerra (2002), evidenciando qualidades psicométricas satisfatórias, embora o comportamento seja distinto do descrito por Ryan-Wenger (1992), na medida em que foram encontradas três sub-escalas na população portuguesa, que correspondem a três tipos de estratégias de *coping*: 1) “distração cognitiva e comportamental”, 2) “comportamentos de *acting-out*” e 3) “ativas”.

Estudos desenvolvidos por Dell’aglio (2003) e Moraes e Enumo (2008) ressaltam que as estratégias de enfrentamento investigadas refletem ações, comportamento e/ou pensamentos usados para lidar com o agente estressor, que consideram três dimensões do *coping*: 1) esforços ativos para alcançar algum controle pessoal sobre os aspectos estressantes do ambiente e sobre sua emoção; 2) esforços para adaptar uma situação por métodos cognitivos de reestruturação, de aceitação ou de distração por meio de pensamentos e atividades positivas e 3) respostas de evitação ou de desligamento do fator estressor ou de sua emoção.

Ryan-Wenger (1990) ainda verificou em seus estudos que as crianças mais novas utilizam maior variedade de estratégias de *coping* do que as mais velhas. Além disso, estas demonstram um conjunto mais limitado de estratégias selecionadas em função da sua eficácia.

Em 1990, Ryan-Wenger explicita, mediante pesquisas sobre estratégias de enfrentamento em escolares que, em muitas situações, a criança não apresenta ainda a capacidade de modificar os estressores, como por exemplo, nas situações de conflitos parentais. Devido a isso, a criança tende a se utilizar de estratégias que as afaste do estressor, por meio de comportamentos ou cognições de fuga/esquiva. Nestas situações, comportamentos de distração (comportamental e cognitiva) e evitamento (comportamental e cognitivo) podem ser adaptativos, uma vez que são os únicos recursos que a criança encontra para enfrentar a situação aversiva.

Segundo Ryan-Wenger (1990), a eficácia das estratégias de enfrentamento são de real importância em relação à sua utilização pelas crianças. Assim, é possível verificar que os tipos de estratégias focadas no problema são os mais utilizados pela criança, além disso, devido ao seu caráter mais comportamental e ativo, essas estratégias apresentam maior eficácia.

Já as chamadas estratégias de enfrentamento negativas são aquelas em que a eficácia é colocada em xeque, aquela a que a criança recorre quando nada pode fazer relativamente ao estressor. Dessa forma, ao se tratar da eficácia das estratégias, às quais a criança recorre para enfrentar as situações estressoras, é preciso ter conhecimento de que cada criança possui sua própria percepção a respeito da eficácia de cada estratégia, até mesmo pela funcionalidade que podem gerar.

Assim, Ryan-Wenger et al (2000) ressaltam que as estratégias de enfrentamento utilizadas pela criança diferem entre elas, isso porque os eventos estressores são vivenciados de maneira diferenciada pelas crianças, conforme características e competências individuais para lidar com a situação problemática. Essa compreensão do enfrentamento se torna possível a partir da elucidação do impacto causado pelas estratégias diante dos estressores em cada uma.

Tomando-se como referência as estratégias de *coping* apontadas na literatura (RYAN-WENGER, 1992) e, por meio da análise de conteúdo das respostas apresentadas pelas crianças, pelo seu significado semântico, as estratégias foram classificadas nas seguintes categorias:

1. *Ações agressivas*: incluem ações físicas ou verbais que possam causar danos a pessoas, animais ou objetos. Caracterizam-se por respostas como manifestações de raiva, atitudes descontroladas, uso de violência física ou verbal, brigas. Exemplos: "peguei e bati nele", "eu briguei com ele, dei um chute nele".

2. *Evitação*: inclui tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se longe do estressor. Diz respeito a respostas: como procurar esquecer, evitar o problema, fugir da situação, ir para outro lugar, deixar o tempo passar, afastar-se das pessoas envolvidas. Exemplos: "esqueci de tudo aquilo", "eu peguei e fugi", "saí correndo e me tranquei no quarto".

3. *Distração*: envolve comportamentos ou pensamentos que adiam a necessidade de lidar com o estressor. Agrupa respostas como: fazer coisas para não pensar no problema, jogar, assistir à TV, ouvir música, brincar, sair com amigos. Exemplos: "quando acontece alguma coisa eu brinco", "fui jogar bola com meus amigos".

4. *Apoio Social*: traduz-se por comportamentos não agressivos de busca de uma pessoa por razões emocionais ou instrumentais. A busca de apoio social por razões emocionais engloba respostas como: buscar contato físico, falar com alguém, desabafar, pedir conforto. A busca de apoio social por razões instrumentais se refere à procura de pessoas que

possam resolver ou auxiliar na resolução do problema ou, ainda, que possam protegê-lo do estressor. Exemplos: "chamei a minha mãe", "contei pra minha vó e ela me falou umas coisas".

5. *Ação Direta*: envolve comportamentos que eliminam o estressor ou modificam as características da situação estressante. Envolve respostas como: resolver o conflito enfrentando-o, pedindo desculpas, conversando, tentando encontrar uma solução, propondo alteração da situação estressora, buscando consenso. Exemplos: "fiquei falando com ela pra ver a importância de um amigo", "pedi pra fazer as pazes", "pedi desculpas pra ele".

6. *Inação*: o indivíduo não apresenta nenhuma ação frente à situação estressante. Traduz-se por respostas como: não fazer nada, ficar parado, bloquear-se, não tomar nenhuma iniciativa. Exemplos: "não fiz nada", "só fiquei lá, quieto".

3.4 Estilos de confronto

A literatura sobre o enfrentamento na infância tem dado ênfase aos estilos de confronto em relação às estratégias de enfrentamento, os quais se constituem por traços globais do indivíduo, próximos do que é descrito como temperamento e que tendem a ser persistentes ao longo do tempo (RYAN-WENGER, 1991). Diferentemente dos estilos de confronto, as estratégias de enfrentamento, conforme Ryan-Wenger (1990) são comportamentos utilizados numa determinada ocasião para lidar com eventos estressores, que são aprendidos e que podem ser modificados.

Devido ao fato de os estilos de confronto serem persistentes ao longo do tempo, é que neste estudo foram classificados os fatores 1, 2 e 3 das categorias adaptadas por Lima et al (2002) em três grande categorias, nomeadas de *Estilos de Confronto* (*Passivo, Agressivo e Assertivo*), os quais se referem à comportamentos colocados nas sub-categorias de estratégias de *Fuga/Esquiva*, de *Acting Out* e de *Ação*.

Sob essa ótica, é possível visualizar os estilos de confronto que a criança apresenta, mediante análise das estratégias de enfrentamento, bem como dos comportamentos condizentes a estas, de modo que estratégias de enfrentamento mais adaptadas possam ser ensinadas. As terminologias utilizadas para descrever os estilos de confronto foram baseadas no estudo das Habilidades Sociais.

Sendo assim, a descrição dos estilos de confronto utilizados para avaliar as respostas dadas pelas crianças em questão, levando-se em consideração eventos estressores vivenciados no contexto escolar, são:

- *Passivo*: traduz-se pelo desligamento mental que consiste na busca de atividades que desviem a atenção do estressor.
- *Agressivo*: em termos de enfrentamento, diante de situações desagradáveis, que ocasionam tensão emocional, as ações agressivas desviam-se do foco perturbador original e geram alívio da sensação aversiva por intermédio da descarga de agressividade. É um comportamento considerado como funcional em termos cognitivos e comportamentais, porém, repercute em prejuízo físico e/ou psicológico ao próprio indivíduo ou a terceiros.
- *Assertivo*: expressão de pensamentos, comportamentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas, conforme Lange & Jakubowski, (1978, citados por Del Prette; Del Prette, 1999).

Com relação a isso, observa-se que, em um ambiente social, muito é exigido do indivíduo, visto que ele precisa se adaptar constantemente aos diferentes contextos em que vive e às diferentes exigências e regras às quais é exposto diariamente, o que exige ampliado repertório de comportamentos sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Assim, em vários contextos de interações, as pessoas podem estabelecer contingências que dificultam a emissão de comportamentos considerados adequados socialmente, diminuindo a probabilidade de obterem reforçadores positivos. Desse modo, é que existe a necessidade de o indivíduo, mesmo ainda criança, aprender a discriminar como responder a diferentes situações, já que a diversidade de contextos sociais requer a emissão de comportamentos diferentes, ou seja, uma resposta que produza uma consequência reforçadora em determinado ambiente não o faz necessariamente em outro.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de *coping* consistem em mudanças cognitivas e esforços comportamentais conscientes. São processos que permitem a gestão, por parte dos indivíduos, de situações de discrepância entre as exigências a que estão submetidos e aos recursos que possuem mediante situações indutoras de estresse (SANTOS & CASTRO, 1998).

Seidl (2001) concebe o enfrentamento como resposta a eventos específicos e reconhece que determinadas estratégias podem sofrer maior influência de características de personalidade, enquanto outras parecem sofrer maior influência de aspectos situacionais ou contextuais (FOLKMAN et al. 1986).

Nessa perspectiva, Amirkhan (1990, 1994); Endler e Parker (1999), desenvolveram estudos a respeito da compreensão do modo com que as pessoas fazem e/ou pensam diante de situações específicas, as quais exigem adaptações, assim como o desenvolvimento de medidas

sistematizadas, fidedignas e válidas, capazes de captar a utilização das estratégias de enfrentamento em situações diversas ou ao longo de uma mesma situação.

Os estilos de confronto têm sido relacionados, portanto a características de personalidade e fatores disposicionais do indivíduo, enquanto que as estratégias de enfrentamento se referem a ações cognitivas ou de comportamento, tomadas no curso de um episódio particular de estresse e têm sido ligadas a fatores situacionais.

Folkman e Lazarus (1980) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, apontando que elas podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante. Lisboa (2002) defende que o indivíduo desenvolve formas habituais de lidar com o estresse e esses hábitos ou estilos de confronto podem influenciar suas reações em novas situações, sendo que um estilo disposicional de *coping* pode influenciar o *coping* situacional em uma fase particular da situação e, em outras, não. Desse modo, estabelece-se o estilo de confronto em termos de tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau em situações de estresse.

Losoya et al. (1998), em seus estudos, também verificaram que, com a idade, as crianças passam a usar mais frequentemente estratégias que exigem um processo cognitivo mais sofisticado e se tornam mais independentes, buscando menos o apoio de outras pessoas para lidar com as situações. Dessa forma, o entendimento de *coping* deve compreender uma gama de fatores envolvidos, levando em conta o próprio desenvolvimento da criança e sua percepção quanto às redes de apoio disponíveis, já que a estratégia de busca de apoio social é uma das mais frequentes durante a infância, e o apoio percebido é um recurso pessoal que afeta cada componente do processo (BOEKAERTS, 1996).

Os esforços de *coping* funcionam como moderadores dos efeitos dos eventos de vida negativos no bem-estar psicológico, e certos estilos de confronto são relacionados a uma melhor adaptação. Compas et al. (1988) referem que esforços de *coping* voltados para a ação são relacionados a um ajustamento mais positivo, enquanto estratégias evitativas são geralmente relacionadas a uma pobre adaptação, isso porque o comportamento de evitação, em muitos casos, pode ser a única alternativa para a criança lidar com uma situação fora de seu controle.

Lisboa (2002) afirma que a evitação e estratégias focalizadas na emoção podem funcionar como adaptativas quando a criança não pode mudar a situação, ou quando a situação evoca muita emoção, podendo agir como uma tentativa de manter o controle sobre a situação. Refere ainda que o *coping* de evitação tende a se tornar mais comum com a idade e pode ser consistentemente relacionado com comportamento social apropriado, enquanto que o

coping relacionado a comportamentos de agressividade e expressão emocional diminui com a idade e é negativamente relacionado com a função social positiva.

Dessa forma, a estratégia de evitação pode constituir-se numa forma construtiva de lidar com a situação de estresse, afastando-se do problema ou engajando-se em outra atividade, prevenindo assim que a situação de conflito se agrave. Assim, torna-se necessário um entendimento do contexto no qual ocorre o processo de *coping* para se poder avaliar a adequação da estratégia utilizada. Há ainda evidência robusta na literatura de que eventos incontroláveis geram frequências maiores de estratégias de evitação (LISBOA, 2002).

Lisboa et al. (2002) investigaram ainda a interação entre estratégias de *coping* em eventos estressores de crianças com colegas e professores. A estratégia mais utilizada, quando enfrentam problemas com seus colegas, foi a busca do apoio de alguém como: pais, irmãos mais velhos, primos, professores, direção da escola etc. Já a estratégia de *coping* que as crianças relataram utilizar com maior frequência para lidar com problemas com a sua professora foi "não fazer nada", utilizando-se de estratégias evitativas. Este resultado, segundo os autores, pode ter relação ao temor pelas consequências negativas de seus atos (castigos, suspensões, baixas notas etc.), evidenciando o tipo de vínculo estabelecido entre aluno e professor. Esta pode ser a razão pela qual as crianças se percebem sem alternativas para adotar uma estratégia de *coping* eficaz e optam por não agir quando têm um problema com professores. Assim, pode-se compreender que o processo de *coping* frente ao estresse, em crianças, deve ser entendido mais como situacional do que disposicional, dando mais importância às características da situação estressora do que às características pessoais (DELL'AGLIO, 2000).

Para se chegar a um modelo explicativo mais completo e abrangente do processo de *coping*, seriam necessários estudos investigativos mais específicos em relação aos tipos de estressores que ocorrem durante a infância, bem como os diferentes efeitos desses estressores nos processos de *coping*. Isso poderia permitir maior entendimento quanto à adaptabilidade das estratégias utilizadas e ao ajustamento da criança às situações de estresse.

Torna-se relevante considerar também a complexidade do processo de *coping*, atentando ao tipo de estressor específico que gera a situação, tendo em vista que a criança responde de forma diferente a diferentes tipos de eventos e procura, por meio de suas estratégias, adaptação ao ambiente social. Assim, pode-se entender que não existem respostas adaptativas universais, adequadas para todos os indivíduos, em todas as situações e em todo o tempo.

Ao se falar da adaptabilidade das estratégias de *coping* é muito importante na pesquisa sobre *coping*, ao longo do seu desenvolvimento, a avaliação das estratégias como adaptativas ou mal adaptativas, sendo necessário um entendimento quanto ao papel desempenhado pelas diferentes estratégias na adequação sócio-emocional das crianças. Para isso são necessários estudos que possam investigar a adaptabilidade e a estabilidade da utilização das diferentes estratégias, levando em consideração uma avaliação de comportamentos socialmente adaptados, por intermédio de avaliações da competência social e escolar das crianças, considerando o contexto sócio-econômico e cultural em que vivem.

Mediante a revisão da literatura até aqui sintetizada, apresentam-se, a seguir, as razões e a trajetória metodológica empreendidas neste trabalho.

JUSTIFICATIVA

Aspectos do histórico de comportamentos da criança, aliados às diversas influências do ambiente escolar podem favorecer o entendimento básico do desenvolvimento sócio-emocional da criança com sinais preditivos para o TDAH. Conforme os estímulos desse ambiente, a criança pode passar por processos de modelagem e/ou modelação, facilitando a manutenção dos sintomas do TDAH. Sendo assim, para prevenir, amenizar, esquivar-se do confronto com estressores, ou então superar com êxito, faz-se necessário que ela lance mão de estratégias de enfrentamento.

Por não se adequarem ao padrão pedagógico convencional, essas crianças necessitam de atenção diferencial em diversos contextos, como em casa, na escola e no convívio social. Isso porque, dado o caráter aversivo que a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade podem ter sobre os pais, professores e colegas, a colaboração destes pode ser difícil de ser obtida (DEL PRETTE, Z., 2005). Portanto, as condições que tendem a causar estresse usualmente exercem pressão no indivíduo de várias maneiras até que as disfunções se desenvolvam; no caso das crianças com sinais preditivos para o TDAH deste estudo, o estresse é provável que surja no contexto escolar, devido a suas dificuldades em enfrentar e se adaptar a esse ambiente. Com isso, algumas crianças em idade escolar estão sujeitas ao estresse emocional devido às grandes adaptações que são levadas a fazer durante o seu desenvolvimento. Por isso, torna-se importante a busca por estratégias, psicologicamente adaptativas, que protejam as crianças do problema, sendo necessário identificar condições que poderiam contribuir para o desenvolvimento do estresse. Julgam-se, portanto, a busca pela compreensão das estratégias de enfrentamento utilizadas por meninos com sinais preditivos do TDAH, diante de aversivos encontrados no contexto escolar, utilizando-se de variáveis como sexo e idade, já que meninos apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomas de TDAH (hiperatividade/ impulsividade/desatenção) do que meninas.

Quanto à idade, Dell’Aglio e Hutz (2002) explicitam que as habilidades necessárias para usar *coping* emergem em diferentes períodos do desenvolvimento. Assim, pode-se inferir que, se as situações geradoras de estresse forem identificadas no ambiente onde a criança vive, estratégias de prevenção podem ser adotadas perante as implicações negativas, contribuindo para que a criança seja capaz de emitir estratégias de enfrentamento positivas e, conseqüentemente, emissão de comportamentos mais adaptados ao contexto.

Logo, acredita-se ser essencial a investigação das causas que levam o sujeito a apresentar maiores ou menores índices de suscetibilidade no enfrentamento de adversidades.

Todavia, pouco ainda se conhece sobre o que torna o indivíduo com TDAH menos vulnerável, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que elucidem os mecanismos e as características que fazem com que o TDAH tenha um impacto menos negativo sobre a vida das crianças a que ele acomete.

Dessa forma, o presente estudo não só vem mostrar caminhos para compreender o TDAH, influências na vida escolar das crianças com sinais preditivos, bem como as contingências reforçadoras ou não, existentes no contexto escolar, que facilitam o enfrentamento dos estressores de forma positiva ou negativa.

OBJETIVO GERAL

Avaliar os indicadores de estresse, estratégias de enfrentamento e estilos de confronto de meninos com sinais preditivos para o TDAH.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar sinais preditivos de TDA, TDH e TDAH.
- Caracterizar os indicadores de estresse da população-alvo.
- Identificar e categorizar as estratégias de enfrentamento no contexto escolar.
- Identificar os estilos de confronto utilizados pela população.
- Correlacionar variáveis: sinais preditivos para o TDAH e subtipos, indicativos de estresse, estratégias de enfrentamento e idade;

MÉTODO

1 Participantes

O presente estudo constou de uma amostra de 15 crianças do sexo masculino (sendo seis da *escola 1* e nove da *escola 2*), alunos dos primeiros cinco anos do Ensino Fundamental, de duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (E.M.E.Fs) de um município do interior do estado de São Paulo.

Os participantes tinham idade entre sete e dez e foram indicados por seus professores com a queixa de comportamentos que caracterizou na fala de pais e professores, sinais preditivos para o TDAH. Participaram também oito professores e quatorze cuidadores (uma das cuidadoras teve dois filhos indicados com sinais preditivos para o TDAH).

1.1 Critérios para seleção dos participantes

Os critérios para a seleção da população da pesquisa foi: ser aluno regularmente matriculado de uma das duas escolas selecionadas, fazer parte de uma das cinco séries iniciais do Ensino Fundamental, ter idade entre 7 e 10 anos, ser do sexo masculino, possuir sinais preditivos para o TDAH, caracterizados tanto pelos professores como pelos pais, além disso, indicativos de estresse em uma das fases do modelo quadrifásico.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a direção das *escolas 1 e 2*, solicitando autorização para o desenvolvimento do estudo. Ao receber o aceite, todos os professores foram contatados, porém, um deles não aceitou participar, outro se encontrava de licença médica no dia agendado para a reunião de pesquisa, e três deles não se encontravam nas escolas no dia da reunião. Assim, dentre os trinta professores pertencentes às duas escolas, vinte e cinco responderam ao Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH - versão para professores, de Rodrigues e Rossi (2008).

Foram apontadas, inicialmente, pelos professores quarenta e quatro crianças com queixas de comportamentos inadequados. No entanto, quinze destas foram excluídas por não preencherem critérios para classificação como TDA, TDH, TDAH. Desse modo, do universo de trinta e sete crianças indicadas, cujos comportamentos preencheram critérios para classificação, somente quinze foram consideradas população para o estudo. Isso ocorreu após os professores e os pais/cuidadores responderem ao Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH de Rodrigues e Rossi (2008), versão para professores e pais, sendo identificados, assim, sinais preditivos para o TDAH tanto no ambiente escolar como no familiar.

Verificou-se também que, dentre os 25 professores que responderam ao Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH, somente alunos de 8 deles foram considerados sujeitos do estudo, pois os dezessete (professores) restantes foram excluídos devido à não detecção de nenhuma criança com sinais preditivos para o TDAH.

O Quadro 2 contém o número definitivo de professores, alunos, idades, anos e seus respectivos períodos, referentes à *escola 1*.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO									
	ESCOLA 1								
	N	Média Idade	Série					Período	
ALUNO	6	9	1	2	3	4	5	M	T
PROFESSOR	3		0	0	1	2	3	3	3
TOTAL	9								

Quadro 2 – Distribuição da população de professores e crianças – escola 1

O quadro 3 contém o número definitivo dos professores, alunos, idades, anos e seus respectivos períodos, referentes à *escola 2*.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO									
	ESCOLA 2								
	N	Média Idade	Série					Período	
ALUNO	9	9	1	2	3	4	5	M	T
PROFESSOR	5		0	4	3	1	1	1	8
TOTAL	14								

Quadro 3 – Distribuição da população de professores e crianças – escola 2

1.2 Local para coleta de dados

Os dados foram coletados em duas E.M.E.Fs de um município do interior do estado de São Paulo.

2 Material

Mediante os seguintes instrumentos – que pudessem viabilizar o conhecimento da frequência de respostas diante de aversivos existentes no contexto escolar – tornou-se possível

a identificação de sinais preditivos para o TDAH, nível de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas por essa população.

2.1 Protocolo para hipótese diagnóstica de TDAH

O Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH: versão para pais, professores e observação, elaborado por Rodrigues e Rossi (2008), tem por objetivo a avaliação da ocorrência dos comportamentos de hiperatividade/impulsividade, desatenção em pelo menos duas situações diferentes, dentro do critério de alta ocorrência definido pelo DSM-IV. Desse modo, para considerar um possível diagnóstico é necessário que a criança apresente um conjunto de sintomas (pelo menos seis de cada subtipo desatento e hiperativo/impulsivo e nove para o subtipo combinado) em, no mínimo, dois contextos (geralmente em casa e na escola), ocorrendo frequentemente por pelo menos seis meses (DSM-IV, 2002).

É importante considerar que, a primeira avaliação conduzida, seja junto a pais, professores, seja pela observação, ainda não é decisória. Trata-se de apenas um contexto onde o comportamento ocorre.

O *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH* prevê, então, a aplicação em forma de entrevista com o professor e com os pais (ou pelo menos um deles) e, ainda, a observação *in loco* do comportamento da criança em uma situação pré-definida, além dos relatos. O professor responde, mediante o pesquisador sobre o comportamento da criança a partir de situações do cotidiano escolar, os pais a partir do ambiente doméstico e a observação seria feita em uma terceira situação como, por exemplo, durante a prática de um esporte ou no recreio escolar. A observação, para servir de parâmetro deverá ser feita por profissional especialmente treinado, sem contato regular com a criança, em situação previamente definida, em termos de local, atividade realizada e duração, de forma a garantir a imparcialidade da mesma.

O protocolo contém a descrição dos comportamentos, as condições que devem ocorrer e espaço para a anotação das respostas a partir de: se era esperado e ocorre e se era esperado e não ocorre. A Seção A – TDAH predominantemente desatento (TDA) - contém a descrição de 13 comportamentos, a Seção B – TDAH predominantemente hiperativo (TDH) - de nove comportamentos hiperativos (TDH) e a Seção C – TDAH – tipo combinado – de 12 comportamentos desatentos e hiperativos (TDAH). É importante assinalar que os comportamentos devem ter sido objeto de observação há pelo menos três meses, considerando sua alta ocorrência em pelo menos três dias na semana. Cumprido este critério, em horário e local reservado e tranquilo, o professor deverá, considerando o aluno em questão, responder

atentamente o *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para professores*, seguindo as orientações do mesmo.

Os espaços com informações sobre o aluno, série e professor devem ser preenchidos. Ao final da aplicação, o pesquisador comparará as respostas do professor com o crivo de correção, somando os pontos para cada um dos tipos avaliados. Os pontos obtidos serão comparados com a tabela de resultados finais. É importante considerar que, a primeira avaliação conduzida, seja junto a pais, professores ou observação, ainda não é decisória. É apenas um contexto onde o comportamento ocorre. A condução pobre da situação de sala de aula pode ser a ocasião para comportamentos disruptivos aparecerem sem que ao aluno tenha realmente TDAH. Autores têm chamado a atenção para situações em sala de aula propícias para o aparecimento de comportamentos que sugerem TDAH e resultam em baixo rendimento escolar (Benczik, 2000; Hubner & Marinotti, 2004; Rohde & Dorneles; Costa, 2006).

Os comportamentos devem ser identificados em mais de um ambiente, como na escola e família.

2.2 Inventário de Estresse Infantil

Para avaliação dos agentes considerados estressores pela criança com TDAH utilizou-se a Escala de Stress Infantil (ESI) de Lipp e Lucarelli (1998, 1999, 2005), a qual permite diagnosticar se a criança apresenta um Quadro sintomatológico de estresse em níveis de Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão. O presente instrumento é composto de um manual e um caderno de aplicação, contendo 35 afirmações, agrupadas em reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas. Além disso, um protocolo de interpretação, no qual a criança registra, colorindo o quarto de círculos posicionados ao lado das afirmações.

A apuração dos resultados é feita através da contagem de pontos atribuídos à escala Likert, sendo que cada quarto de círculo equivale a um ponto. Como podemos observar nos exemplos:

Pode-se dizer que a criança avaliada tem sinais significativos de stress, quando: aparecerem círculos completamente cheios (pintados) em sete ou mais itens da escala total, ou nota igual ou maior que 27 pontos for obtida em qualquer dos três fatores a seguir: reações físicas (itens 2,6,12,15,17,19,21,24 e 34); reações psicológicas (itens 4,5,7,8,10,11,26,30 e 31); e reações psicológicas com componente depressivo (itens 13,14,20,22,25,28,29,32 e 35) ou a nota igual ou maior que 24 pontos for obtida no fator reações psicofisiológicas (itens 1,3,9,16,18,23,27 e 33), ou a nota total da escala for maior que 105 pontos.

O estresse para Lipp, (2009) possui modelo quadrifásico, composto por fase de alerta, fase de resistência, fase de quase exaustão e a fase de exaustão. Na fase inicial do estresse é produzida a adrenalina gerando dificuldade de dormir, produtividade, criatividade, respiração e humor eufórico. Se o fator causal desaparece, entretanto, se o estresse for contínuo a pessoa adentra o estágio de resistência e o organismo já se sente doente (dificuldades com a memória, cansaço humor tedioso). Se o esforço for suficiente para lidar com a situação, o estresse é eliminado e a pessoa é capaz de superar o processo de estresse. Se não houver adaptação, o organismo começa a sofrer um colapso gradual e adentrando na fase de quase-exaustão e por fim a exaustão (dificuldade em socialização, humor deprimido e depois apático, insônia) surge o aparecimento de doenças: infarto, depressão, úlceras, pressão alta, diabetes, enfarte, psoríase, além de tristeza, vontade de esconder das pessoas, idéias de morte).

2.3 Questionário – *Eventos estressores e estratégias de enfrentamento no contexto escolar*

O estudo sobre o *coping* em infantes e sua relação com o estresse foi durante muito tempo direcionado aos moldes dos elaborados para adultos, tendo, a partir de resultados insatisfatórios, a necessidade de construção de modelos específicos para crianças (RYAN-WENGER, 1992). Isso surgiu devido ao fato de os estressores vivenciados pelas crianças serem diferentes dos vivenciados pelos adultos, por, geralmente, serem menos controláveis pelas próprias crianças e pela necessidade de considerar o nível de desenvolvimento e o modo de funcionamento cognitivo.

Ryan-Wenger (1992) ressalta ainda que o estudo das estratégias de enfrentamento na infância tem sido alvo de um crescente interesse nas áreas da Psicologia, Educação e Saúde na medida em que se reconhece o papel fundamental dessas enquanto variáveis mediadoras dos impactos gerados pelo efeito do estresse na criança. Isso mostra que situações estressoras e as formas de lidar com estas experiências apresentam um impacto direto e observável nos

sistemas psicológico, comportamental e fisiológico dos indivíduos (RYAN-WENGER et al., 2000).

Além disso, é importante ressaltar que as crianças, ao apresentarem repertório rico em estratégias de enfrentamento, sendo capazes de percebê-las como eficazes para lidar com os seus estressores, constituem um grupo com comportamentos de resiliência face a várias situações de adversidade. Porém, as pesquisas nesta área também não são fartas, fato este que, entre outras razões, prende-se com a falta de instrumentos válidos para avaliar os processos de enfrentamento na criança.

Ryan-Wenger (2000) preconiza que, à medida que o desenvolvimento ocorre e a criança vai aumentando e diversificando as suas competências motoras, cognitivas e de linguagem, assim, espera-se que a quantidade e a qualidade de estratégias de enfrentamento que utiliza vão também aumentando. Além disso, é previsto que as crianças mais novas se utilizem de um número mais restrito de estratégias de enfrentamento, sendo estas menos eficazes. Essas, dentre outras investigações têm utilizado vários métodos de medida do enfrentamento nas crianças, assim como: escalas de registro, entrevistas, autorrelatos, discussões de grupo e observações.

A falta de acordo na literatura quanto ao conceito de enfrentamento tanto nas crianças como nos adolescentes reflete-se também na forma de medida. Os mais conhecidos são os instrumentos de Frydenserg e Lewis (1991) – *Adolescent Coping Scale* – que avalia como os adolescentes lidam com preocupações gerais; o de Seiffge-Kneuke (1999) que avalia como os adolescentes lidam com estressores relacionados com o desenvolvimento normativo em 8 domínios (pais, pares, sexo oposto, *self*, futuro, lazer, estudo e professores); o *Stress and Coping Inventory* de Boekaerts, Hendriksen e Maes (1987) que avalia o *coping* em resposta a estressores específicos. Dentre os vários tipos de instrumento, o *Schoolagers' Coping Inventory Scale* de Ryan-Wenger (1991) que avalia o enfrentamento com estressores cotidianos (por oposição aos estudos do tipo de acontecimentos de vida) não especificados.

Devido a tudo isso, o questionário *Presença de Eventos Estressores no Contexto Escolar* foi elaborado, visando ao acesso às estratégias de enfrentamento da criança com sinais preditivos para o TDAH no contexto escolar diante de eventos considerados por elas, aversivos. A elaboração do instrumento foi baseada no *Schoolagers' Coping Inventory Scale* de Ryan-Wenger (1991), adaptado por Lima et al (2002), procedimento realizado devido à escassez de estudos sobre o *coping* na infância, como também pela inexistência na literatura de um instrumento que tornassem acessíveis as estratégias de enfrentamento de crianças com sinais preditivos para o TDAH.

Para constatar o grau de fidedignidade do instrumento foi realizado um estudo piloto, de modo a verificar se ele seria suficiente para medir o que foi proposto pela pesquisadora: acesso às respostas de crianças com sinais preditivos para o TDAH diante do confronto com eventos considerados como estressores no contexto escolar.

Inicialmente, foi realizado um estudo com o intuito de reconhecer a topografia das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças com sinais preditivos para o TDAH e categorizá-las. Isso ocorreu a partir de pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais, dentre elas MEDLINE, LILACS e BVS.

Desse modo, após leitura dos artigos encontrados, foi constatada a inexistência de instrumento que pudesse dar acesso a tais respostas em crianças com sinais preditivos para o TDAH diante de estressores encontrados no contexto escolar. Após essa etapa, foi realizado estudo sobre as pesquisas de Ryan Wenger (1992) e Lima (2002) a respeito das medidas das estratégias de enfrentamento em escolares.

Na sequência houve a elaboração do instrumento em si, que teve como base o *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* (SCSI) de Wenger (1992). Inicialmente, foram elencados todos os sintomas do TDA, TDH e do tipo misto, o TDAH, de modo a explicitar os possíveis comportamentos emitidos. Em seguida, com a participação dos professores da EMEFs, inspetores de alunos e a Psicóloga Escolar deu-se início à elaboração das questões do instrumento.

Primeiramente, foi solicitado que os profissionais referidos descrevessem os comportamentos emitidos pelas crianças indicadas pelos professores com sinais preditivos para o TDAH, em ambientes extra-classe, como pátio e parquinho, ambiente de sala de aula, e quais comportamentos especificamente eram emitidos. Para isso, foi padronizada uma tabela contendo os ambientes: pátio, parquinho, sala de aula, outro, e os sintomas de TDA, TDH e TDAH.

Dessa forma, o profissional deveria assinalar qual sintoma era externalizado pela criança e em quais dos ambientes: externos ou sala de aula. Em seguida, descrever os comportamentos emitidos no ambiente em questão, os mesmos elencados no Quadro de sintomatologia. Após, foi analisado o comportamento emitido em cada um dos ambientes citados e, em seguida, a indicação do TDAH.

Esse procedimento deu base para a elaboração das questões, enfocando aversivos do ambiente extraclasse (pátio e parquinho), ambiente de sala de aula e os sintomas do TDAH como aversivos. Com isso, foi possível a elaboração das questões e, por meio s delas, entrar

em contato com as respostas emitidas pela criança com sinais preditivos para o TDAH no contexto escolar.

Ambientes extraclasse: • Pátio • Parquinho	Ambiente de sala de aula
--	---------------------------------

Quadro 4 – Ambientes

O Quadro 4 trás aversivos relacionados aos ambientes extraclasse e de sala de aula, os quais serviram de base para a elaboração das questões contidas no questionário *Presença de Eventos Estressores no Contexto Escolar*.

Este instrumento foi elaborado por esta pesquisadora. O questionário (APÊNDICE E, p. 137) consta de questões referentes à vivência diária da criança no contexto escolar, visando levantar quais estratégias utiliza para superar adversidades encontradas nesse ambiente, e se essas estratégias são facilitadoras ou não para o enfrentamento positivo. O questionário consta de questões referentes a 3 (três) modalidades de estressores, existentes no ambiente extraclasse, ambientes de sala de aula e os próprios sintomas do TDAH como aversivos e influentes no comportamento dessas crianças.

As respostas referentes às estratégias de enfrentamento utilizadas pela população em questão foram, então, agrupadas em sub-categorias de acordo com os comportamentos utilizados diante do evento estressor. Estas dizem respeito a comportamentos de fuga/esquiva (distração comportamental e cognitiva, evitamento comportamental e cognitivo, atividade de isolamento), *acting out* (atividade agressiva, expressão emocional) e de ação (suporte social de autocontrole, resolução comportamental cognitiva e reestruturação cognitiva). Posteriormente, as respostas foram classificadas conforme três grandes categorias: os Estilos de Confronto: passivo, agressivo e assertivo.

3 Procedimento para coleta de dados

O Quadro 5 aponta as etapas em que o estudo foi desenvolvido.

ETAPAS	Identificação das crianças participantes do estudo	Identificação das crianças com sinais preditivos para o TDAH pelos professores	Identificação das crianças com sinais preditivos para o TDAH, pelos pais	Identificação do nível de estresse e estratégias de enfrentamento
INSTRUMENTOS	Quadro de comportamentos	Protocolo para Hipótese Diagnóstica para o TDAH – versão professores	Protocolo para Hipótese Diagnóstica de TDAH – versão pais	ESI e questionário “Eventos Estressores Estratégias de Enfrentamento no Contexto Escolar”

Quadro 5 – Etapas do desenvolvimento do estudo

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Secretaria de Educação do Município, a fim de explicar a respeito do projeto da presente pesquisa. Desse modo, apresentou-se Carta de Informação da Faculdade de Ciências da UNESP/Bauru, explicitando os objetivos do estudo e parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa. Em seguida, as diretoras das duas E.M.E.Fs foram contatadas pessoalmente pela pesquisadora, a qual apresentou Carta de Informação, elucidando os objetivos do estudo, parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (APÊNDICE A, p. 129) e carta de autorização da Secretaria de Educação para aplicação dos instrumentos nos professores e alunos (ANEXO B, p. 169).

Após o aceite da direção das E.M.E.Fs, buscou-se, por meio de planilha de horários das aulas, a disponibilidade de cada professor. Agendaram-se, então, junto às diretoras os dias e horários das reuniões de pesquisa com os professores.

O contato com os professores foi feito pela pesquisadora nos horários em que seus alunos se encontravam em outras aulas, como Educação Física, Informática ou Inglês. Esses professores foram abordados na sala de orientação pedagógica ou na própria sala em que ministravam as aulas. Ao abordar o professor, a pesquisadora explicitou os objetivos do

estudo, os instrumentos utilizados, bem como a relevância da participação dos professores para o desenvolvimento da pesquisa.

Com o aceite dos professores, solicitou-se que fizessem o levantamento das crianças do sexo masculino, as quais emitissem comportamento levantados através do Protocolo para Hipótese Diagnóstica para o TDAH – versão pais e professores . O critério para delimitação da população de crianças em apenas meninos foi baseado em dados da literatura que, de acordo com Rohde e Halpern (2004) e Barkley (1997, 2002) tendem a apresentar maiores indícios de hiperatividade e impulsividade. A lista de comportamentos característicos do TDAH, descritos no quadro 5, foi oferecida aos professores para facilitar a indicação das crianças participantes. Ao analisar os comportamentos, os professores apontaram os meninos da lista de presença do Diário de Classe. Dessa forma, foi aplicado o Protocolo para Hipótese Diagnóstica para TDAH – versão para professores, a partir do qual se obteve o conhecimento dos meninos que apresentavam sinais preditivos para o TDAH.

O Quadro 1, citado anteriormente elenca os comportamentos referentes ao TDA, TDH ou TDAH, o qual serviu como referencial para que os professores pudessem indicar as crianças participantes do estudo.

Terminada a etapa de aplicação do Protocolo, versão para professores, iniciou-se a correção, em que se obteve o escore de crianças diagnosticadas ou não como portadoras dos sintomas, alvo deste estudo. As que obtiveram número de comportamentos, os quais puderam ser classificados em TDA, TDH ou TDAH, foram incluídas como população para a pesquisa e as demais, excluídas.

A terceira etapa do estudo foi iniciada com o convite aos cuidadores para comparecerem à escola no dia e horário agendados, para a aplicação do Protocolo versão para pais. O contato com os cuidadores foi feito por meio de carta.

Assim, com o comparecimento dos cuidadores, foram explicitados os objetivos do estudo, juntamente com a Carta de Apresentação e obteve-se deles a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido. No Protocolo versão para pais, os cuidadores identificaram comportamentos emitidos pela criança no contexto familiar.

Todos os cuidadores, cujos filhos apresentaram sinais preditivos para o TDAH (por meio do Protocolo para Hipótese Diagnóstica para o TDAH – versão para professores) foram convidados a participar da pesquisa, porém, alguns não compareceram no dia e horário agendados, conduta determinante para exclusão de seu filho das condições de participantes deste estudo.

Finalizadas todas as entrevistas com os cuidadores, deu-se início, então, à quarta etapa, que consistiu em conhecer os indicativos de estresse das crianças identificadas previamente com possibilidade de apresentar TDA, TDH ou TDAH, além da identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas por elas no contexto escolar. Para isso, entrou-se novamente em contato com os professores a fim de comunicar os resultados obtidos com a aplicação do Protocolo versão para professores.

Para a aplicação do ESI (LIPP; LUCARELLI, 2005), foi primeiramente explicado que a criança deveria pintar quartos de círculos de acordo com a ocorrência das situações apresentadas pelo Inventário; após, solicitou-se para que escolhesse a cor de lápis que mais apreciasse. Pediu-se então, para que a criança pintasse os quartos de círculos, levando em consideração a ocorrência das situações apresentadas no contexto escolar, ou seja, a criança deveria pensar nas situações explanadas no Inventário de Estresse Infantil em termos de ocorrência no contexto escolar. Isso, para verificar se o contexto escolar é gerador de estresse para crianças classificadas com TDA, TDH ou TDAH.

A aplicação do questionário *Eventos Estressores e Estratégias de Enfrentamento no Contexto Escolar* foi à última etapa do estudo, sendo ele aplicado após o ESI, porém, em dias e horários distintos, a fim de não exercer sobrecarga na criança.

Como no instrumento aplicado anteriormente à criança, foram agendados dia e horário com elas por intermédio de comunicado para os pais, enviado pela Psicóloga Escolar solicitando o comparecimento da criança (na companhia dos pais) à escola.

Para a aplicação do questionário sobre *Eventos Estressores e Estratégias de Enfrentamento no Contexto Escolar*, a criança deveria responder às questões feitas pela pesquisadora, verbalmente que anotou todas as respostas na íntegra.

3.1 Procedimentos de análise dos dados

Os dados do Protocolo para Hipótese Diagnóstica para TDAH – versão para pais, professores foram comparados com o crivo de correção, somando os pontos para cada um dos tipos avaliados. Os pontos obtidos foram então comparados com a tabela de resultados finais. É importante assinalar que os comportamentos devem ter sido objeto de observação há três meses, considerando sua alta ocorrência em pelo menos três dias na semana. Cumprido esse critério, em horário e local reservado e tranquilo, o professor deve, considerando o aluno em questão, responder atentamente ao Protocolo, seguindo as orientações nele contidas. Ao final da aplicação, a pesquisadora fez a

A aplicação para os pais ocorreu usando-se os mesmos critérios da correção do *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para professores*.

Para a tomada de decisões é importante considerar o número de avaliações feitas (duas ou três) e analisar se há acordo ou desacordo e, em caso de acordo, se ele é indicativo ou não de TDAH. Os resultados obtidos em duas ou três situações, depois de comparadas, levarão a tomadas de decisões que, além de envolver a criança, deve modificar seu ambiente, possibilitando a aprendizagem de comportamentos adequados e autocontrole.

No ESI, os itens são apresentados aleatoriamente e têm como divisão, seguindo as reações do estresse, a seguinte ordem: reações físicas (itens 2; 6; 12; 15; 17; 19; 21; 24 e 34); reações psicológicas (itens 4; 5; 7; 8; 10; 11; 26; 30 e 31); reações psicológicas com componentes depressivos (itens 13; 14; 20; 22; 25; 28; 29; 32 e 35); e reações psicofisiológicas (itens 1; 3; 9; 16; 18; 23; 27 e 33).

A resposta ao item é feita mediante escala do tipo Likert, com cinco pontos, e é registrada em quartos de círculos, conforme a frequência com que os sujeitos experimentam os sintomas apontados pelos itens. Essa escala se apresenta da seguinte forma: *nunca sente* – quando não marcar nenhum quadrante; *sente raramente* – quando marcar um quadrante; *sente às vezes* – quando marcar dois quadrantes; *sente frequentemente* – quando marcar três quadrantes e, *sente sempre* – quando marcar todos os quatro quadrantes.

Para avaliar se a criança tem sinais significativos de estresse, é importante que apareçam círculos completamente pintados em sete ou mais itens da escala total, ou que o escore total da escala seja maior que 86 pontos, ou que os fatores reações físicas e reações psicológicas apresentem pontuação maior ou igual a 22, ou que se tenha nota igual ou maior que 21 pontos nas reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas (LIPP; LUCARELLI, 2005).

Outro passo importante na avaliação dos resultados da ESI é a utilidade que os dados têm para se estabelecer provável vulnerabilidade. Esse aspecto é notável no preenchimento total dos quartos de círculo nos itens 4, 5, 26 e 30 que indica uma propensão à preocupação excessiva, que pode ser um indicio de vulnerabilidade à obsessividade. Da mesma forma, respostas cheias aos itens 2, 12, 24 e 27 podem indicar vulnerabilidade não só para somatização, mas, sobretudo, que o sistema digestivo possa ser o órgão de choque daquela criança.

Para categorizar as respostas emitidas, diante dos aversivos encontrados no contexto escolar, foi utilizado o questionário *Eventos Estressores e Estratégias de Enfrentamento no Contexto Escolar*, elaborado a partir de uma re-adaptação do instrumento SCS (1992) por

Lima et al. (2002), com a finalidade de tornar acessível às classes de respostas das crianças, com possibilidade de TDAH, diante de aversivos encontrados no contexto escolar, em ambientes extraclasse (recreio, parquinho), de sala de aula, e sintomas do TDAH como eliciador de respostas desadaptadas.

Após a aplicação do instrumento, foi realizada a categorização das respostas, medindo a frequência delas diante dos eventos estressores. Para isso, foram utilizadas as categorias padronizadas por Lima (2002) no estudo sobre o enfrentamento de escolares.

As respostas foram analisadas e categorizadas de acordo com as descrições (das categorias) referentes à pesquisa realizada por Lima (2002) numa população de escolares, utilizando-se de leitura exaustiva das respostas dadas pelos meninos com sinais preditivos para o TDAH. Para a categorização, houve a contribuição de três juízas, sendo duas mestras e uma doutora, as quais realizaram análise do conteúdo das respostas emitidas pela população, referentes aos três blocos de aversivos (existentes no ambiente extra-classe, ambiente de sala de aula e sintomas de TDAH).

Após a categorização de todas as respostas, em termos de frequência delas, em relação ao modo de enfrentamento, seguiu-se a análise dos estilos de confronto. Com base nos conceitos das habilidades sociais, foram nomeados como *estilo de confronto*, os meios utilizados pela criança com sinais preditivos para o TDAH. Desse modo, por meio da análise dos estilos de confronto foi possível verificar as tendências que a população apresenta em termos de enfrentamento, ao ser confrontada com contingências aversivas, de forma contínua, no contexto escolar. Os estilos de confronto veem elucidar as formas de responder frente às ambientes diversos, no caso da pesquisa, ambiente extra-classe e de sala de aula, e as contingências aversivas contínuas, em decorrência dos sintomas do TDAH.

Para a análise dos estilos de confronto, foram utilizados, como anteriormente na categorização das estratégias de enfrentamento, os juízes. Estes realizaram análise sobre os modos de enfrentamento – fuga/esquiva, *acting out* e ação, os quais agrupam estratégias de enfrentamento para, em seguida, reconhecer os estilos de confronto, sendo estes: passivo, agressivo ou assertivo. Para isso, os juízes realizaram pareamento entre o modo de enfrentamento e o estilo de confronto. Isso quer dizer que os estilos de confronto agrupam as respostas (estratégias de enfrentamento) emitidas diante dos aversivos encontrados no contexto escolar, em termos de enfrentamento diante de contingências aversivas contínuas.

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o programa SPSS, porém, devido à amostra ser relativamente pequena (N=15), não possibilitando, na maioria dos cruzamentos, análise com “significância estatística”, os resultados foram descritos, discutidos e comparados

com pesquisas relevantes a respeito da temática. Isso ocorreu em decorrência do Teste Qui-Quadrado indicar, em todos os resultados, a não ocorrência de associações significativas entre as variáveis.

A partir desse levantamento, encontram-se os resultados apresentados na próxima seção.

4 RESULTADOS

A seção de apresentação dos resultados, em conformidade com os objetivos expostos referentes às estratégias de enfrentamento e estresse de meninos com sinais preditivos para o TDAH, inclui o número total da amostra, idade dos meninos, sinais preditivos para o TDAH com referencial dos pais, bem como dos professores. Em seguida, é apresentada a distribuição do TDA, TDH e TDAH entre a população, segundo informações dos professores.

Após a obtenção do conhecimento a respeito dos sinais preditivos para o TDAH, dá-se início à análise dos indicadores de estresse, a distribuição da população em relação às fases do estresse e a frequência de respostas ao estresse em relação ao TDA, TDH ou TDAH.

Com os resultados referentes aos indicadores de estresse é, então, realizada a análise da frequência de respostas relacionadas às estratégias de enfrentamento, sendo de Fuga/Esquiva, *Acting Out*, e de Ação, ainda a frequência de respostas referentes às estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos meninos com sinais preditivos para o TDAH, participantes do estudo.

A outra etapa consistiu em verificar o Estilo de Confronto, por isso mediu-se a frequência de respostas a eles referente, bem como o Estilo de Confronto utilizado diante de aversivos encontrados no ambiente extraclasse, ambiente escolar, e sintomatologia do TDA, TDH e TDAH.

4.1 Identificação das crianças com sinais preditivos para o TDAH

Para expor os resultados concernentes aos sinais preditivos para o TDAH, inicialmente foram expostos no Quadro 6: o número de meninos, idades, os indicadores de estresse e sinais preditivos para o TDAH. As variáveis: indicadores de estresse e sinais preditivos para o TDAH foram os fatores decisivos para o número final da amostra.

CRIANÇA	IDADE	SINAL PREDITIVO (PAIS)	SINAL PREDITIVO (PROFESSOR)
1	9	TDAH	TDA
2	7	TDH	TDH
3	9	TDAH	TDAH
4	7	TDH	TDH
5	8	TDAH	TDH
6	9	TDH	TDH
7	9	TDH	TDAH
8	9	TDAH	TDH
9	9	TDA	TDA
10	7	TDAH	TDAH
11	10	TDAH	TDAH
12	10	TDAH	TDA
13	9	TDAH	TDH
14	8	TDAH	TDA
15	10	TDAH	TDAH

Quadro 6 – Número de meninos, idades, indicativos de estresse e sinais preditivos para o TDAH

Ao verificar a variável idade no Quadro 6, percebe-se que a média foi de meninos com 9 anos, com 46,67%, seguida dos meninos com idade entre 7 e 10 anos, ambas as idades abrangendo 20% e, por último, aqueles com idade de 8 anos, com 13,33%.

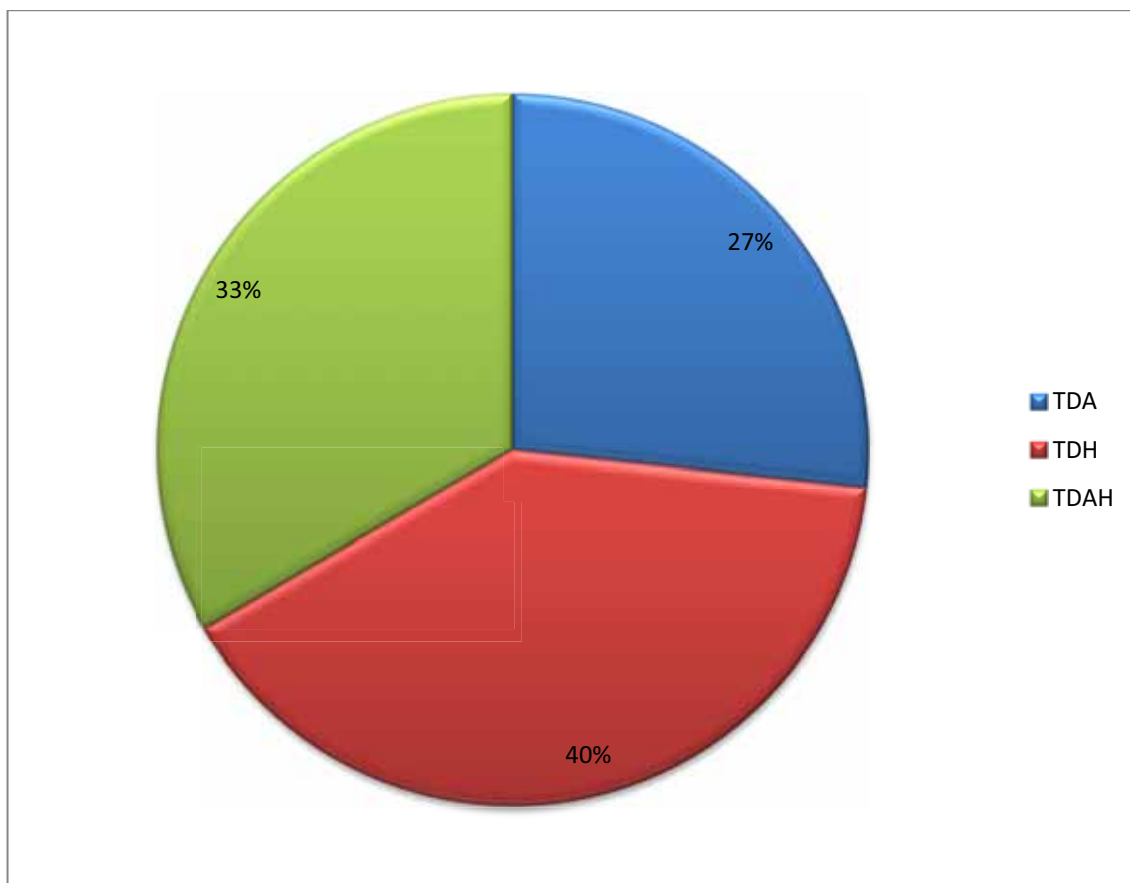


Figura 1 – Distribuição do TDA, TDH e TDAH entre a população, segundo referencial dos professores N= 8

A Figura 1 retrata a distribuição dos meninos com sinal preditivo para o TDAH, segundo informações dos professores, dados estes obtidos por meio da aplicação do Protocolo para Hipótese Diagnóstica para TDAH – versão para professores.

Os resultados obtidos apontam que 40% da população foram diagnosticadas com sinais preditivos para o TDH, seguidas do TDAH, com 33% e do TDA, aparecendo em 27%.

Idade \ Sinal Preditivo	7	8	9	10
TDA	0	25% (1)	50% (2)	25% (1)
TDH	42,86% (3)	14,29% (1)	42,86% (3)	0
TDAH	0	0	50% (2)	50% (2)
TOTAL	20% (3)	13,33% (2)	46,67% (7)	20% (3)

Quadro 7 – Percentual dos sinais preditivo para o TDAH em relação às idades segundo referencial dos professores

No que diz respeito à idade versus sinais preditivos para o TDAH (Quadro 7), constata-se que as crianças mais novas (7 anos) aparecem com maior percentil em relação à idade e sinal preditivo para o TDH (42,86%), ou seja, maior índice de sintomatologia de hiperatividade e impulsividade. A partir desse resultado, é possível verificar que, conforme o avanço da idade, a criança tende a desenvolver sinais preditivos para o TDA, caracterizados por comportamento de desatenção e, em seguida, para o TDAH, aí já prevalecendo tanto comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade como o de desatenção. É o que ocorreu com os meninos com a idade de 8 e 9 anos, cujo percentil de 25% e 50%, respectivamente, diz respeito aos sinais preditivos para o TDA. Os meninos com idade de 9 anos ainda apresentaram sinais preditivos para o TDAH com percentil também de 50%, o mesmo ocorrendo para aqueles com 10 anos de idade.

Com isso, levanta-se a hipótese de que, inicialmente, as crianças apresentem comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade, o que, conforme a maturação, juntamente com o meio e com a não intervenção adequada, pode levar ao desenvolvimento de comportamentos de desatenção.

Idade Sinal Preditivo	7 e 8 anos (categoria 1)	9 e 10 anos (categoria 2)
TDA	25% (1)	75% (3)
TDH	57,14% (4)	42,86% (3)
TDAH	0	100% (4)
TOTAL	33,33% (5)	66,67% (10)

Quadro 8 – Percentual dos sinais preditivo para o TDAH em relação às idades com referência às categorias 1 (7 e 8 anos) e 2 (9 e 10 anos)

O Quadro 8 deixa clara a hipótese levantada anteriormente de que, com o avanço da idade, os sintomas tendem a se intensificar, ou seja, entre a população de meninos de 7 e 8 anos prevaleceram os sinais preditivos para o TDH com 57,14%, já entre os com idade entre 9 e 10 anos, encontraram-se índices elevados de sinais preditivos para o TDA com 75%, e 100% para o TDAH.

C e N Idade	Concordância entre pais e professores	Não-concordância entre pais e professores
7 e 8 anos (categoria 1)	60% (3)	40% (2)
9 e 10 anos (categoria 2)	50% (5)	50% (5)
TOTAL	53,33% (8)	46,67% (7)

Quadro 9 – Percentual de concordância e não concordância entre pais e professores em relação às categorias 1 (7 e 8 anos) e categoria 2 (9 e 10 anos)

No que se refere à concordância ou não entre professores e pais em relação aos sinais preditivos para o TDAH, observa-se que na categoria 1 (meninos com idade entre 7 e 8 anos) existe concordância de 60%, e não concordância de 40%. A categoria 2 (meninos de 9 e 10 anos) mostra concordância e não concordância em torno de 50%. Isto denota que houve maior equilíbrio de concordância entre professores e pais em relação aos sinais preditivos para o TDAH na população com idades de 9 e 10 anos. A hipótese levantada é que, conforme o avanço da idade, concomitantemente há a intensificação da sintomatologia, de comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade, como observado no Quadro 7, sendo adicionados ao repertório de comportamento também aqueles de desatenção.

4.2 Indicativos de estresse

Os resultados relativos aos indicativos de estresse foram explanados, não só utilizando-se a distribuição da população em relação às fases do estresse (Gráfico 2), assim como o percentil das fases do estresse em relação às idades (Quadro 10), e das fases do estresse em relação às categorias 1 (7 e 8 anos) e 2 (9 e 10 anos) (Quadro 11). Além disso, encontram-se a frequência de respostas ao estresse em relação ao TDA, TDH ou TDAH (Gráfico 3) e o percentil das fases do estresse em relação às idades (Quadro 12).

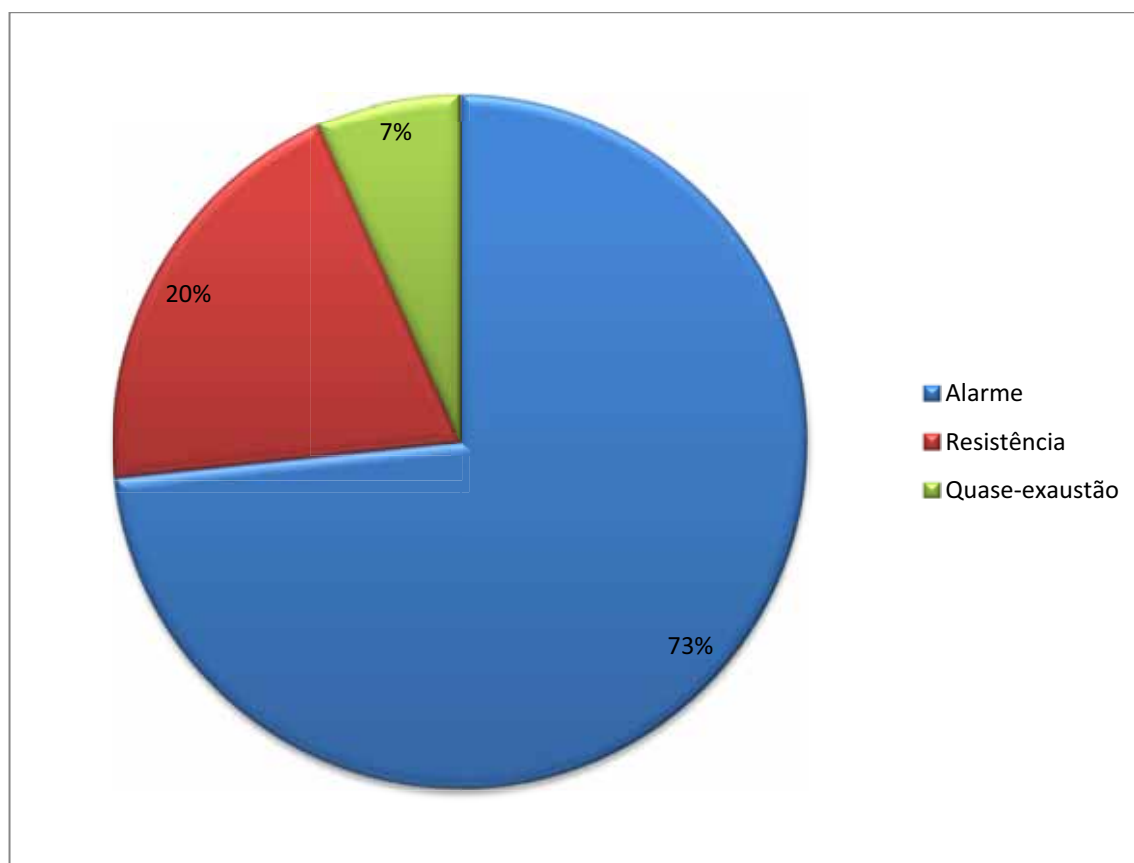


Figura 2 – Distribuição da população em relação às fases do estresse N= 15

Os resultados explicitados mostram que, dentre as crianças que apresentaram sintomatologia referente ao estresse, 73% destas encontram-se na fase de alerta, 20% na fase de resistência e 7% na fase de quase-exaustão.

Fase do Estresse Idade	Alarme	Resistência	Quase-Exaustão
7	33,33% (1)	66,67% (2)	0
8	50% (1)	50% (1)	0
9	85,71% (6)	0	14,29% (1)
10	100% (3)	0	0
TOTAL	73,33% (11)	20% (3)	6,67% (1)

Quadro 10 – Percentual das fases do estresse em relação às idades

O percentual das fases do estresse na população do estudo mostra que as crianças mais novas, com idades entre 7 e 8 anos, foram as que denotaram resultados mais alarmantes. Os resultados referentes aos indicativos de estresse nas crianças de 7 anos giraram em torno dos 33,33% na fase de alarme e 66,67% na fase de resistência. Já entre os meninos com idade de 8 anos, os resultados foram similares, porém, havendo maior equilíbrio entre a fase de alarme e resistência, ambas com percentil de 50%.

Nos meninos mais velhos, com idades de 9 e 10 anos, os resultados referentes aos indicativos de estresse mostram que a população de ambas as idades encontra-se na fase de alarme. O percentil alcançado pelos meninos com idade de 9 anos foi 85,71%, e nos com idade de 10 anos foi 100%. Por meio destes resultados, e os comparando com a evolução dos sinais preditivos para o TDAH, pode-se levantar a hipótese de que as crianças mais novas sofrem maior impacto de eventos estressores, já os mais velhos, mesmo com a aquisição de sinais preditivos para o TDA e TDAH, são capazes de utilizar-se de estratégias para amenizar o impacto que os estressores geram.

Fase do Estresse Idade	Alarme	Resistência	Quase-Exaustão
7 e 8 anos (categoria 1)	40% (2)	60% (3)	0
9 e 10 anos (categoria 2)	90% (9)	0	10% (1)
TOTAL	73,33% (11)	20% (3)	6,67% (1)

Quadro 11 – Percentual das fases do estresse em relação às categorias 1 (7 e 8 anos) e 2 (9 e 10 anos)

No que diz respeito ao percentual das fases do estresse em relação às categorias 1 (7 e 8 anos) e 2 (9 e 10 anos), percebe-se que as crianças pertencentes à categoria 2 apresentaram maiores índices de estresse na fase de alarme, com 90%, mostrando maior índice nesta fase do que aquelas pertencentes à categoria 1, cujo percentil foi de 40%. Todavia, a fase de resistência mostra que 60% das crianças pertencentes à categoria 1 são descritas nesta, diferentemente daquelas pertencentes à categoria 2, as quais mostram indicativos de estresse na fase de resistência com apenas 20%. Os resultados ainda demonstram que 10% das crianças pertencentes à categoria 2 encontram indícios de estresse referentes à fase de quase-exaustão.

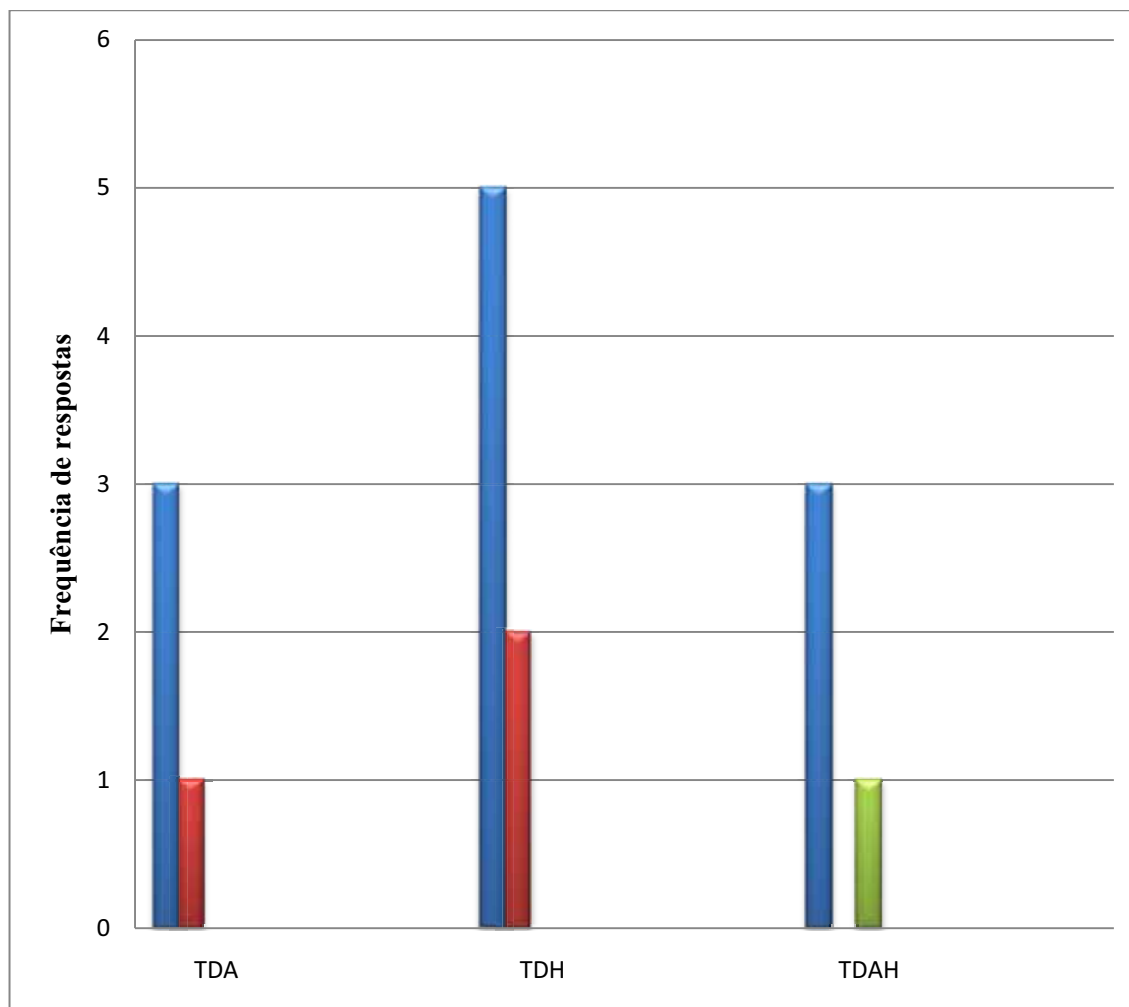


Figura 3 – Frequência de respostas ao estresse em relação ao TDA, TDH ou TDAH N= 15

Por meio dos dados obtidos e ilustrados na figura, é possível verificar que, em relação às fases do estresse, as crianças cujos sinais preditivos condizem com o TDH foram as que mais apresentaram indicativos de estresse na fase de alerta, seguidas pelas crianças com TDAH e TDA, representando menor frequência de respostas em relação a esta fase.

No que diz respeito à fase de Resistência, observou-se que apenas as crianças com sinais preditivos para o TDH (com maior frequência) e TDA apresentaram indicativos de estresse para esta fase. Já em relação à fase de Quase-Exaustão, é possível perceber a prevalência de respostas emitidas somente pela população de crianças com comportamentos relativos ao TDAH.

Fase do Estresse Sinal Preditivo	Alarme	Resistência	Quase-Exaustão
TDA	71,43% (3)	25% (1)	0
TDH	75%% (5)	28,57% (2)	0
TDAH	71,43% (3)	0	25%
TOTAL	73,33 (11)	20% (3)	6,67% (1)

Quadro 12 – Percentual das fases do estresse em relação os sinais preditivos para o TDAH

Ao abordar os resultados dos percentuais alcançados pelo cruzamento entre as fases de estresse e os sinais preditivos para o TDAH, verifica-se que a fase de Alarme traz o TDH com 75%, e o TDA e o TDAH em 71,43% das crianças. No que diz respeito à fase de Resistência, novamente o TDH aparece com maiores índices, com 28,57%, concorrendo com 25% do TDA e 20% do TDAH. Contudo, o TDH, em relação à fase de quase-exaustão, aparece com índice 0 de estresse, mesmo resultado obtido pelo TDA, seguido do TDA. Diferentemente, o TDAH mostra percentil de 6,67%.

4.3 Estratégias de enfrentamento

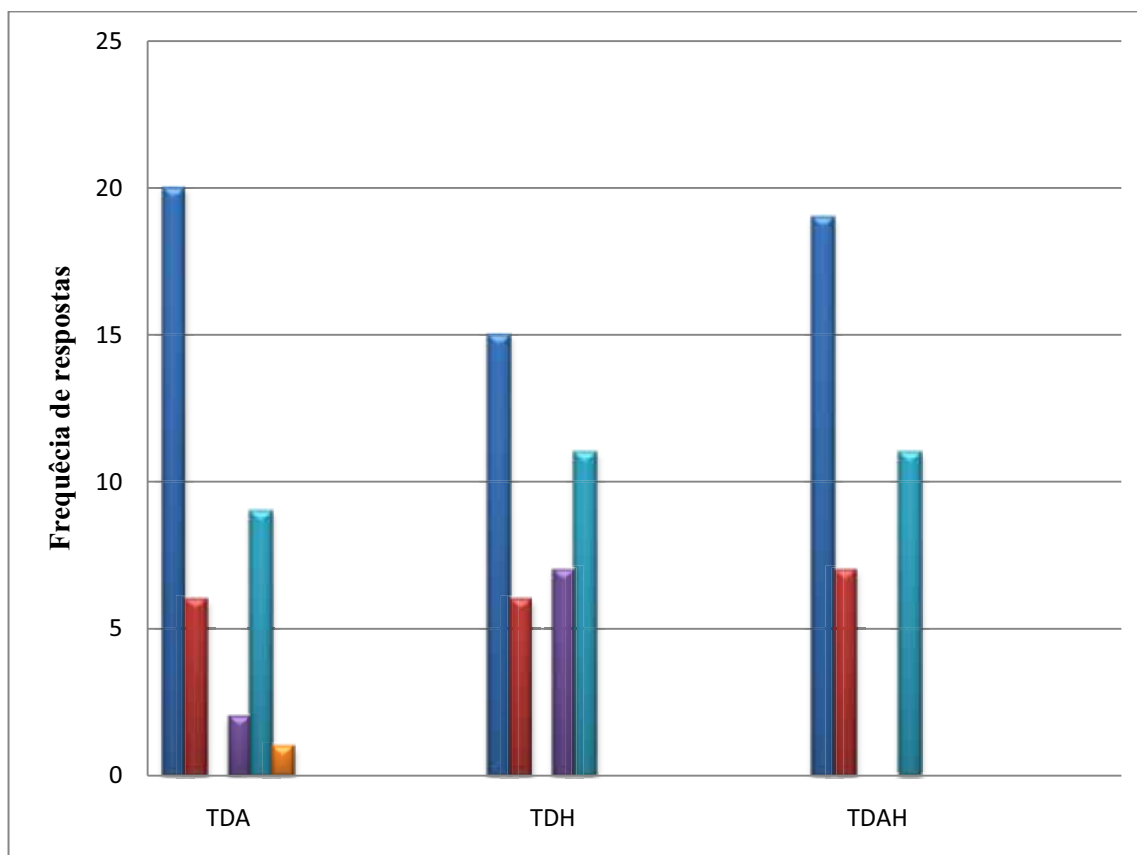


Figura 4 – Frequência de respostas referentes às estratégias de Fuga/Esquiva N=15

Neste caso, é possível perceber que a estratégia que obteve maior frequência de repostas foi a Distração Comportamental, com maior prevalência em relação à população de crianças com sinais preditivos para o TDAH, seguida pela de TDA e, finalmente, por aquelas que compõem o grupo de TDH. A estratégia de Evitamento Cognitivo aparece logo após, sendo a maior frequência de respostas apresentada pela população de crianças com TDH, seguida pela de TDA. Na sequência, aparece a estratégia de Distração Cognitiva, tendo a população de crianças com TDAH a maior frequência de respostas, seguida pela de TDA e, por último, as de TDH. A estratégia de Evitamento Comportamental aparece com menor frequência de respostas, prevalecendo igualmente entre a população de crianças com TDH e TDAH, seguida pela de TDA. Finalmente, apresenta-se a estratégia de Atividade de Isolamento cujas respostas foram emitidas somente pelas crianças com TDA.

Estratégias de Fuga/Esquiva Sinal Preditivo	Distração comportamental	Evitamento comportamental	Evitamento Cognitivo	Atividade de isolamento
TDA	75% (3)	0	25% (1)	25% (1)
TDH	57,14% (4)	14,29% (1)	28,57% (2)	0
TDAH	75% (3)	0	0	0
TOTAL	66,67% (10)	6,67% (1)	20% (3)	6,67% (1)

Quadro 13 – Percentual das estratégias de enfrentamento de Fuga/Esquiva em relação os sinais preditivos para o TDAH

Os resultados relacionados às estratégias de enfrentamento de fuga/esquiva mostram que as crianças com sinais preditivos para o TDH apresentaram menor percentil em relação à estratégia de Distração Comportamental com 57,14%, e resultado aquém das crianças com sinais preditivos para o TDAH com 66,67%, e TDA com 75%. Já em relação à estratégia de Evitamento Comportamental, as crianças com sinais preditivos para o TDH apresentaram maiores índices com 14,29%, muito acima dos resultados apresentados pelas crianças com TDA e TDAH, ambas com 0%. Novamente, as crianças com sinais preditivos para o TDH apresentaram maior percentil, agora em relação à estratégia de Evitamento Cognitivo com 28,57%, seguidas das crianças com TDA com 25% e TDAH com 20%. Por último, aparece a estratégia de Atividade de Isolamento para a qual se encontram somente as crianças com sinais preditivos para o TDA com percentil de 25%, e as com TDH e TDAH com 0%.

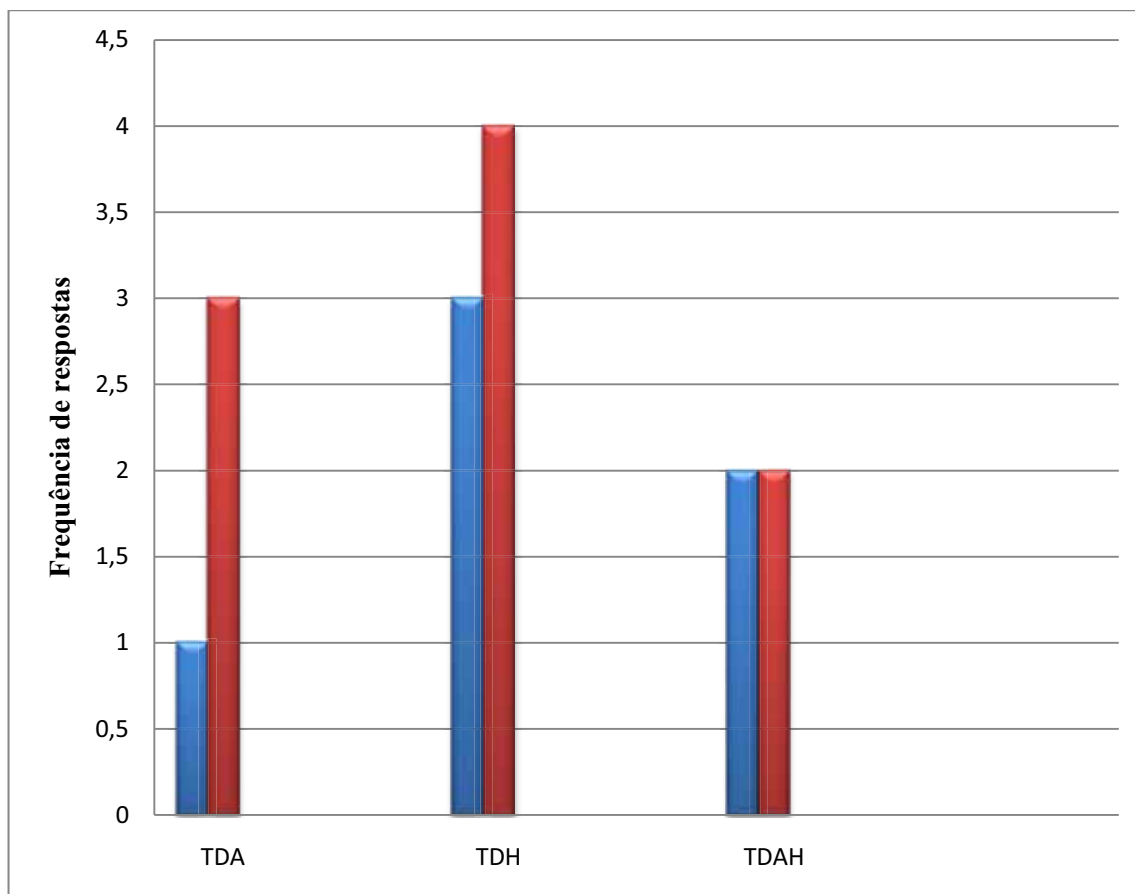


Figura 5 – Frequência de respostas referentes às estratégias de *Acting Out* N=15

Em relação às estratégias de *Acting Out*, é possível observar que a frequência de respostas referentes à estratégia de Expressão Emocional prevaleceu nas respostas das crianças com sinais preditivos para o TDA e TDH. No que diz respeito às crianças com sinais preditivos para o TDAH, a frequência de respostas entre Atividade Agressiva e Expressão Emocional foi equivalente, diferentemente dos subtipos desatento (TDA) e hiperativo, impulsivo (TDH), cuja frequência de respostas em relação à Atividade Agressiva ficou abaixo da de Estratégia de Expressão Emocional.

Sinal Preditivo \ Estratégias de Fuga/Esquiva	Atividade agressiva	Expressão emocional
TDA	25% (1)	75% (3)
TDH	42,86% (3)	57,14% (4)
TDAH	50% (2)	50% (2)
TOTAL	40% (6)	60% (9)

Quadro 14 – Percentual das estratégias de enfrentamento de *Acting Out* em relação aos sinais preditivos para o TDAH

No que diz respeito às estratégias de *Acting Out*, ao serem pareadas com os sinais preditivos para o TDAH, é possível observar que a estratégia de Atividade Agressiva apresenta maior percentil em relação aos subtipos mistos (TDAH) com 50% e o hiperativo/impulsivo (TDH) com 42,86%, acima dos resultados mostrados pelas crianças com sinais preditivos para o TDA, com apenas 25%. Já em relação à estratégia de Expressão Emocional, os percentis referentes às respostas das crianças com sinais preditivos para o TDA foram os mais altos, com 75%, seguidos do TDH com 57,14% e, por último, do TDAH com 50%.

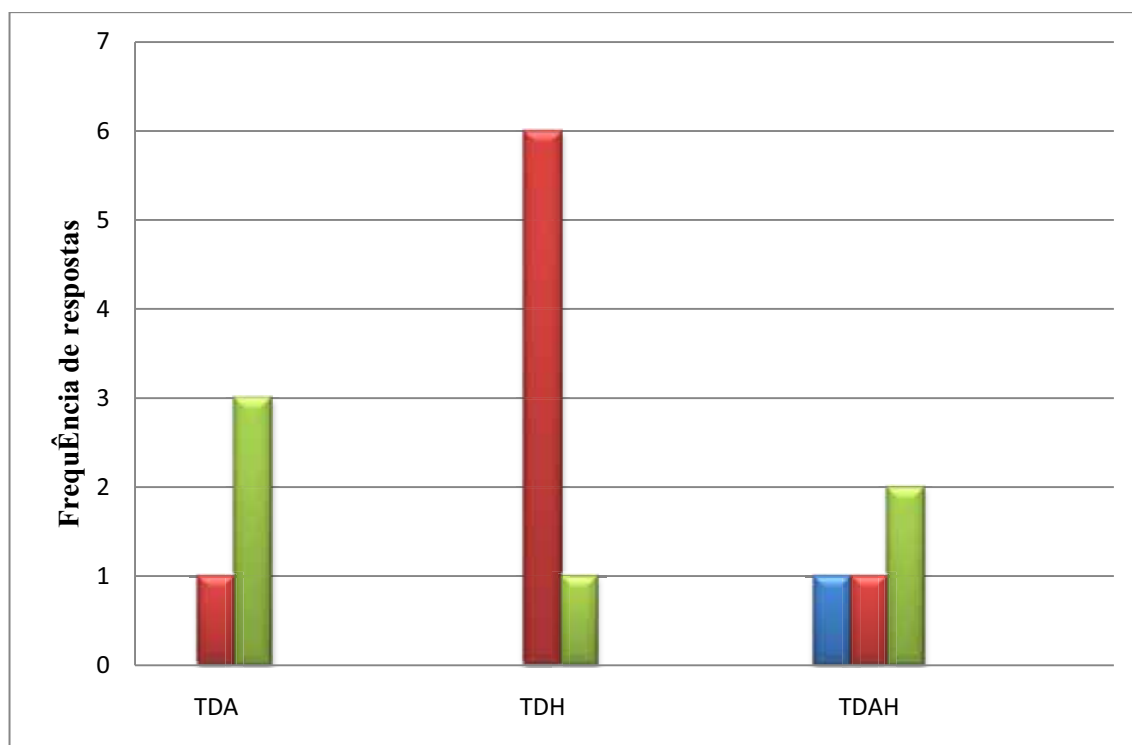


Figura 6 – Frequência de respostas referentes às estratégias de Ação N=15

Esta Figura contém os resultados obtidos no que se refere à estratégia de Resolução Comportamental como a mais utilizada pelas crianças com sinais preditivos para o TDH, seguidos das crianças com TDA e TDAH com a mesma frequência de respostas, prevalecendo entre as crianças com sinais preditivos para o TDA, seguidas das crianças com TDAH e, com menos frequência, aquelas com TDH. A estratégia de Suporte Social aparece apenas entre as crianças com sinais preditivos para o TDAH.

No Quadro 15, ilustram-se os percentis de estratégias de enfrentamento de ação em relação aos sinais preditivos para o TDAH.

Sinal Preditivo Estratégias de Fuga/Esquiva	Suporte social	Resolução comportamental	Resolução cognitiva
TDA	0	25% (1)	75% (3)
TDH	0	85,71% (6)	14,29 (1)
TDAH	25% (1)	25% (1)	50% (2)
TOTAL	6,67% (1)	53,33% (8)	40% (6)

Quadro 15 – Percentual das estratégias de enfrentamento de ação em relação aos sinais preditivos para o TDAH

Analisando-se as estratégias de Ação em relação aos sinais preditivos para o TDAH, evidencia-se que a estratégia de Resolução Comportamental foi a que apresentou maior percentil entre as crianças com TDH, com 85,71%, seguidas daquelas com TDA e TDAH, ambas com 25%. A Resolução Cognitiva prevaleceu entre as crianças com sinais preditivos para o TDA, com 75%, seguida das crianças com TDAH, com 50% e, com menor percentil, as com TDH, com apenas 14,29%. A estratégia de Suporte Social mostrou resultados somente entre as crianças com sinais preditivos para o TDAH, com percentil de 25%.

O Quadro 15 descreve a distribuição das estratégias de enfrentamento entre a população das crianças com sinais preditivos para o TDAH, bem como suas idades.

Criança	Idade	Estratégia de enfrentamento
1	9	Resolução Comportamental
2	7	Resolução Comportamental
3	9	Distração Comportamental
4	7	Resolução Comportamental
5	8	Resolução Comportamental
6	9	Distração Comportamental
7	9	Resolução Cognitiva
8	9	Evitamento Cognitivo
9	9	Resolução Comportamental
10	7	Expressão Emocional
11	10	Resolução Cognitiva
12	10	Atividade Agressiva
13	9	Resolução Cognitiva
14	8	Distração Comportamental
15	10	Distração Comportamental

Quadro 16 – Descrição da frequência de estratégias de enfrentamento utilizadas

A Figura 7 ilustra a distribuição das estratégias com maior frequência.

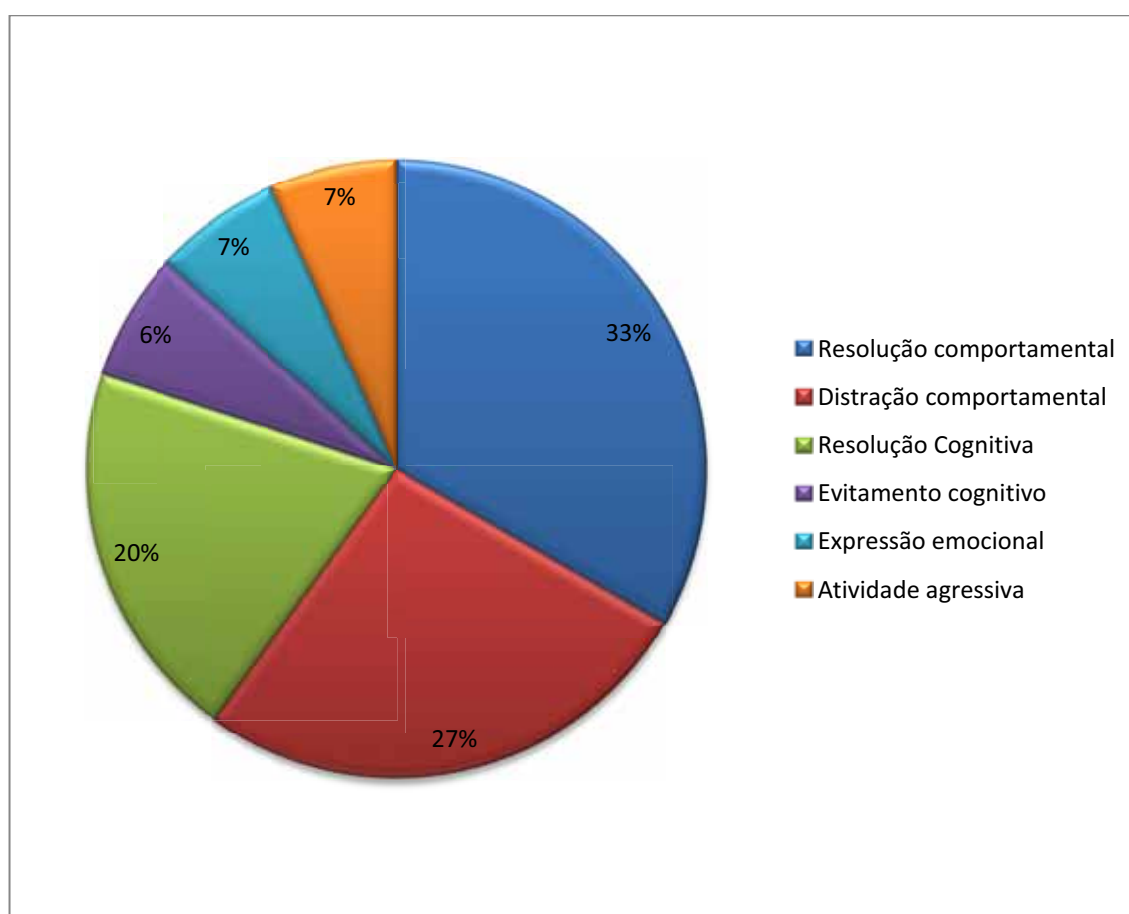


Figura 7 – Distribuição das estratégias de enfrentamento com maior frequência de respostas N= 15

No quadro 17 a seguir, encontra-se o percentil das estratégias de enfrentamento mais encontradas.

Estratégias de enfrentamento	N	Frequência Relativa
Resolução comportamental	5	33,33%
Resolução cognitiva	3	20,00%
Atividade agressiva	1	6,67%
Experiência emocional	1	6,67%
Distração comportamental	4	26,67%
Evitamento cognitivo	1	6,67%
N	15	100%

Quadro 17 – Frequência relativa das estratégias de enfrentamento mais utilizadas

Por meio dos resultados alcançados com a análise das estratégias de enfrentamento referentes à Ação, *Acting Out* e Fuga/Esquiva, é possível verificar que a mais utilizada foi a de Resolução Comportamental, com 33,33% e N=5; a estratégia de Distração Comportamental apresentou percentil de 26,67% e N=4, em seguida, aparece a estratégia de Resolução Cognitiva, com 20% e N= 3, após, Atividade Agressiva, Experiência Emocional e Evitamento Cognitivo, com 6,67% e N=1.

Estratégias de Ação	N	Frequência Relativa
Suporte social	1	6,67%
Resolução comportamental	8	53,33%
Resolução cognitiva	6	40%
N	15	100%

Quadro 18 – Frequência relativa das estratégias de enfrentamento de Ação

Ao verificar os resultados obtidos, constata-se que, em relação às estratégias de Ação, a Resolução Comportamental foi aquela que atingiu maior percentil, com 53,33% e N= 8; em seguida aparece a Resolução Cognitiva, com 40% e N=8, e, com menor índice, encontra-se o Suporte Social, com 6,67% e N=1.

Estratégias de <i>Acting Out</i>	N	Frequência Relativa
Atividade agressiva	6	40%
Expressão emocional	1	60%
N	7	100%

Quadro 19 – Frequência relativa das estratégias de enfrentamento de *Acting Out*

No que diz respeito às estratégias de *Acting Out*, os resultados explanam que a Expressão Emocional prevaleceu entre os meninos com sinais preditivos para o TDAH, com percentil de 60% e N= 9, já a Atividade Agressiva mostra percentil de 40% e N= 6.

Estratégias de Fuga/Esquiva	N	Frequência Relativa
Distração comportamental	10	66,67%
Evitamento comportamental	1	6,67%
Evitamento cognitivo	3	20%
Atividade de isolamento	1	6,67%
N	15	100%

Quadro 20 – Frequência relativa das estratégias de enfrentamento de Fuga/Esquiva

Os resultados relativos ao uso das estratégias de Fuga/Esquiva explicitam que a Distração Comportamental prevaleceu dentre as demais, com percentil de 66,67% e N= 10; em seguida, é mostrado o Evitamento Cognitivo, com 20% e N=3 e, com percentil inferior, surgem as estratégias de Evitamento Comportamental e Atividade de Isolamento, com 6,67% e N= 1.

4.4 Estilos de confronto

A Figura 8 ilustra a distribuição das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas crianças com sinais preditivos para o TDAH, incluindo aqui as estratégias de *Acting Out*, Ação e Fuga/Esquiva. Desse modo, é possível perceber que a estratégia de Resolução Comportamental foi a que mostrou maior frequência de respostas, com 33%, seguida da Distração Comportamental, com 27% e Resolução Cognitiva, com 20%. Com menor frequência de respostas, aparecem as estratégias de Expressão Emocional e Atividade Agressiva, ambas com 7% e, ainda, com frequência mais baixa de respostas a estratégia de Evitamento Cognitivo, com 6%. Assim, verifica-se que as estratégias que apresentaram maior frequência de respostas foram as de Ação (Resolução Comportamental e Resolução Cognitiva) e as de Fuga/Esquiva (Distração Comportamental).

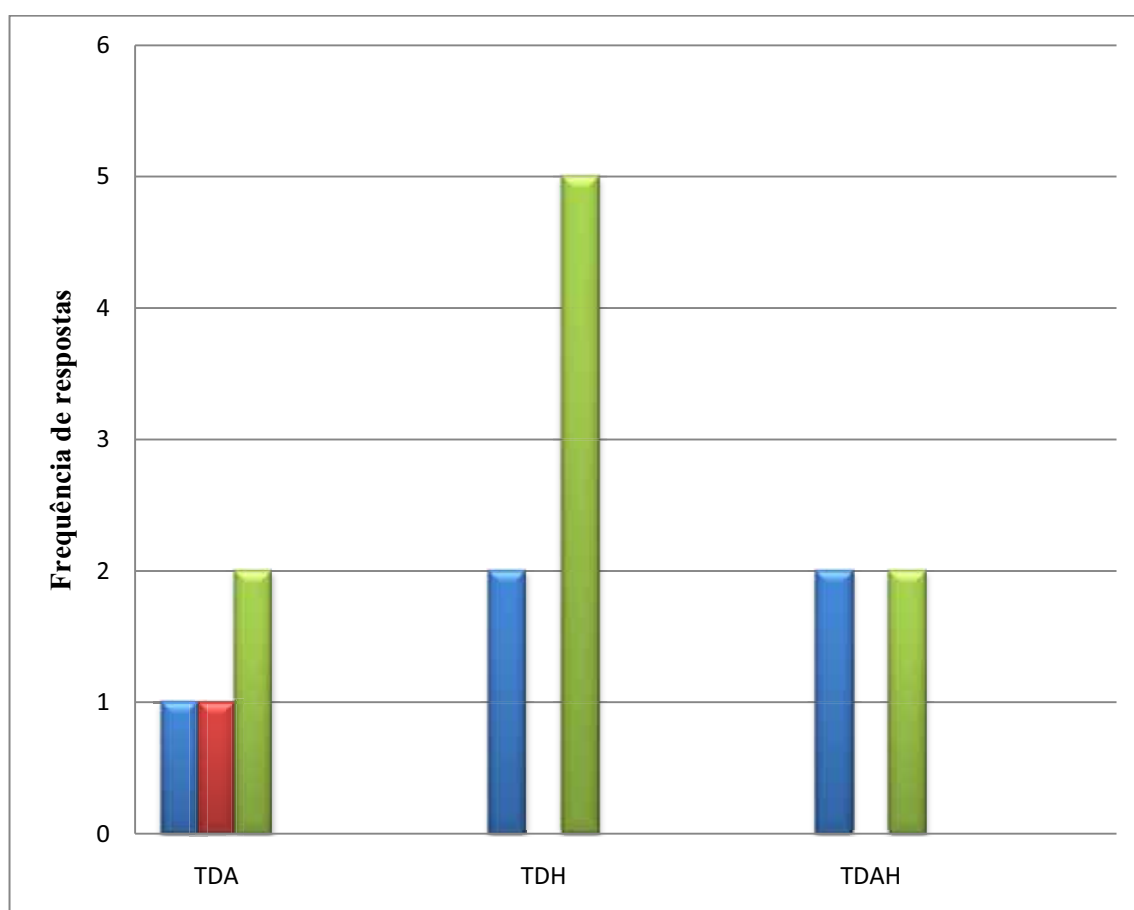


Figura 8 – Frequência de respostas referentes ao estilo de confronto N= 15

É possível verificar a ocorrência de maior frequência de respostas em relação ao Estilo de Enfrentamento Assertivo, sendo a população com sinais preditivos para o TDH com maior índice, seguida pelas de TDA e TDAH com a mesma frequência de respostas. Também, percebe-se que o Estilo Passivo apresentou igual frequência de respostas entre a população de crianças com sinais preditivos para o TDH e TDAH, tendo o TDA menor frequência. Já o Estilo de Confronto Agressivo é retratado somente na população de meninos com sinais preditivos para o TDA.

Estilo de confronto Sinal Preditivo	Agressivo	Assertivo	Passivo
TDA	25% (1)	50% (2)	25% (1)
TDH	0	71,43% (5)	28,57%(2)
TDAH	0	50%	50% (2)
TOTAL	6,67% (1)	60% (9)	33,33% (5)

Quadro 21 – Percentual dos estilos de confronto

Os resultados referentes ao Estilo de Confronto tornam explícitos que, no que diz respeito ao Estilo Assertivo, verifica-se a prevalência, com 60% e N= 9; após, verifica-se o Estilo Passivo, com percentil de 33,33% e N= 5 e, com menor porcentagem, surge o Estilo Agressivo, com 6,67% e N=1.

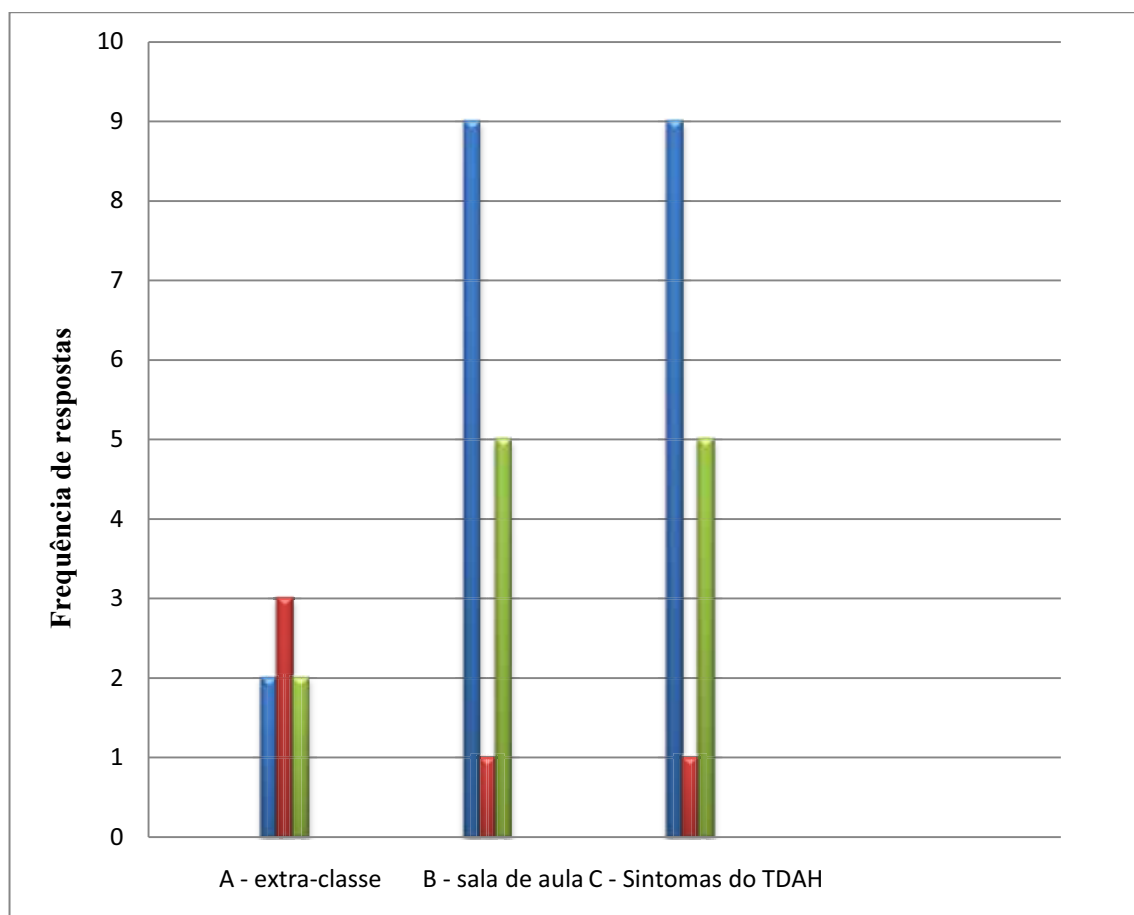


Figura 9 – Estilo de confronto utilizado diante de aversivos encontrados no ambiente extraclasse, ambiente escolar, e sintomatologia do TDA, TDH e TDAH como aversiva

No que diz respeito aos Estilos de Confronto, fica evidente a prevalência do Estilo Passivo, seguido do Assertivo e, com menor frequência, o Agressivo, frente aos aversivos elencados como significativos para a população em questão no ambiente de sala de aula e diante dos sintomas do TDAH (como aversivos). Desse modo, é possível observar a mesma frequência de respostas em ambos.

Quanto ao ambiente extraclasse, observa-se maior ocorrência em relação ao Estilo de Confronto Agressivo, seguido do Passivo e do Assertivo com a mesma frequência de respostas, porém, inferiores ao Agressivo.

Estilo de confronto – amb. extra-classe Sinal Preditivo	Agressivo	Assertivo	Passivo
TDA	50% (2)	50% (2)	0
TDH	14,29% (1)	75% (5)	14,29% (1)
TDAH	0	71,43% (3)	25% (1)
TOTAL	20% (3)	66,67% (10)	13,33 (2)

Quadro 22 – Percentual dos estilos de confronto no ambiente extraclasse em relação aos sinais preditivos para o TDAH

Ao abordar o Estilo de Confronto utilizado pelos meninos com sinais preditivos para o TDAH no ambiente extraclasse, evidencia-se que o Estilo de Confronto Agressivo apresentou maior percentil entre os meninos com sinais preditivos para o TDA, com 50%, seguido dos meninos com TDH, com percentil inferior, 14,29%. Entre os meninos com sinais preditivos para o TDAH não foram encontrados indicativos para o uso do Estilo de Confronto Agressivo.

Para o Estilo de Confronto Assertivo, observaram-se maiores percentis entre os meninos com sinais preditivos para o TDH, com 75% e o TDAH, com 71,43%, aparecendo o TDA com 50%. Em relação ao Estilo Passivo, a prevalência ocorreu entre os meninos com sinais preditivos para o TDAH, com 25%, seguida dos meninos com TDH, com 14,29%.

Estilo de confronto – amb. sala de aula Sinal Preditivo	Agressivo	Assertivo	Passivo
TDA	25% (1)	25% (1)	50% (2)
TDH	0	28,57% (2)	71,43% (5)
TDAH	0	50% (2)	50% (2)
TOTAL	6,67% (1)	33,33 (5)	60% (9)

A referência aos resultados dos Estilos de Confronto, utilizados no ambiente de sala de aula pelos meninos com sinais preditivos para o TDAH, traz o Estilo Agressivo como o que atingiu maior percentil pelos meninos com TDA, com 25%. Diferentemente deste, o Estilo de Confronto Assertivo mostra os meninos com sinais preditivos para o TDAH com maior percentil, com 50%, seguido do TDH, com 28,57% e, com menor índice, o TDA, com 25%. Em relação ao Estilo Passivo, os meninos com sinais preditivos para o TDH foram os

que apresentaram maiores porcentagens, com 71,43%, seguidos daqueles com TDA e TDAH, ambos com 50%.

Estilo de confronto – sintomas do TDAH Sinal Preditivo	Agressivo	Assertivo	Passivo
TDA	25% (1)	50% (2)	25% (1)
TDH	0	42,86% (3)	57,14% (4)
TDAH	0	0	100% (4)
TOTAL	6,67% (1)	33,33 (5)	60% (9)

Quadro 25 – Percentual dos estilos de confronto em relação à sintomatologia do TDAH como aversiva e sua relação aos sinais preditivos para o TDAH

Ao se falar em sintomatologia do TDAH, é preciso ter a compreensão que nesta seção, esta (sintomatologia) é abordada como aversiva para os meninos com sinais preditivos para o TDAH no enfrentamento de aversivos, neste caso, os próprios sintomas. Sendo assim, verifica-se que o Estilo de Confronto Agressivo foi o mais utilizado pelos meninos com sinais preditivos para o TDA, com 25%, ao serem confrontados com a própria sintomatologia. Em relação ao Estilo de Confronto Assertivo, observa-se maior facilidade dos meninos com sinais preditivos para o TDA em enfrentar os sintomas, com 50%, seguidos dos meninos com TDH, com 42,86%, tendo os meninos com TDAH mostrado maior dificuldade. O Estilo de Confronto Passivo mostra os meninos com sinais preditivos para o TDAH com maior percentil, com 100%, seguido daqueles com TDH, com 57,14% e, com menor percentil, os meninos com TDA, com 25%.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura disponível a respeito do TDAH e subtipos é encontrada em diferentes estudos publicados; aqui citam-se: Barkley (1997, 2000, 2002), Phelan (2005), assim como, Rohde (2004), Paulo Mattos (2007), Cypel (2003), contudo, ainda há divergências a respeito da sintomatologia e diagnóstico do transtorno.

Em relação aos estudos sobre o estresse na criança, é possível encontrar inúmeras pesquisas que explicitam a ocorrência do estresse infantil da mesma forma que no adulto, como relatado por Lipp (2005), porém, Ryan-Wenger (1992) diverge, alegando que este ocorre de forma distinta. Também é possível constatar posicionamentos distintos referentes a estudos a respeito das estratégias de enfrentamento de meninos com sinais preditivos com TDAH e subtipos, com idades variando entre 7 e 10 anos. A partir disso, para a investigação destas variáveis (sinais preditivos para o TDAH, indicativos de estresse e estratégias de enfrentamento) foi planejada e realizada a presente pesquisa.

5.1 Sinais preditivos para o TDA, TDH e TDAH

Ainda há divergências a respeito das causas precisas sobre o desenvolvimento do TDAH e seus subtipos, embora exista uma gama de estudos realizados. Contudo, a literatura reconhece a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento. Isso porque, de acordo com Rohde e Halpern (2004), a predisposição genética, somada a agentes ambientais, assim como na maioria dos transtornos psiquiátricos, podem ser responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) ao transtorno. Nesse sentido, o surgimento e a evolução do TDAH, em um indivíduo, vão depender da ação dos genes facilitadores da suscetibilidade, de quanto cada um deles contribui para a doença, ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um e da interação desses genes entre si e com o ambiente.

Com o intuito de que os sinais preditivos para o TDAH pudessem ser levantados de maneira fidedigna, utilizou-se do *Protocolo para Hipótese Diagnóstica* para TDAH (RODRIGUES; ROSSI, 2008). A partir disso, as discussões iniciam-se pela referência à prevalência do TDAH na população de infantes do sexo masculino, por meio da hipótese de que essa diferença se deve ao fato de as meninas apresentarem sintomas predominantemente de desatenção e menores indícios de sintomas de transtorno de conduta, em comorbidade, responsáveis pela emissão de comportamentos desadaptados nos contextos familiar e escolar

(ROHDE; HALPERN, 2004). Essa tese comprova os resultados deste estudo, o qual mostra que somente 27% dos meninos participantes apresentaram sinais preditivos para o TDA (predominantemente Desatento).

Estudos desenvolvidos pela APA (2002), Rohde e Ketzer (1997) destacam a incidência de cada um dos subtipos do TDAH entre a população com variância em relação à idade; isso quer dizer que o transtorno pode ser desenvolvido tanto por crianças como adultos. O estudo, ao verificar a variável idade, evidenciou a prevalência dos sinais preditivos para o TDAH em meninos com 9 anos de idade, com predição para os sinais do tipo Desatento (TDA), já que os meninos de menos idade apresentaram maior indício de sinais para o tipo Hiperativo/Impulsivo. Isso é mostrado nos estudos de Graef e Vaz (2008), os quais levam em consideração o aspecto desenvolvimental da hiperatividade, prevendo sua diminuição natural.

Por meio desses resultados, a pesquisa evidenciou que, conforme o avanço da idade, a criança apresenta a tendência ao desenvolvimento de sinais preditivos para o tipo Desatento (TDA), caracterizados por comportamento de desatenção e, em seguida, para o TDAH (tipo Combinado), aí já prevalecendo tanto comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade como o de desatenção, visto que os meninos com maior idade (9 e 10 anos) apresentaram sinais preditivos para o TDAH (tipo Combinado). Os resultados trazem que os sintomas relacionados à desatenção e ao combinado são percebidos, portanto, quando a criança se encontra em um ponto mais avançado do Ensino Fundamental, no caso das crianças com mais idade, é quando o uso das funções executivas como planejamento, organização e persistência de foco atencional são mais necessárias (ROHDE et al., 2004).

Com isso, levanta-se a hipótese de que, inicialmente, as crianças emitem comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade, o que, com o tempo e a escassez de intervenção adequada, pode levar ao desenvolvimento de comportamentos de desatenção, até mesmo como citado por Rohde et al (2004) e evidenciado na pesquisa pelas cobranças de respostas que são exigidas da criança pelo meio escolar. Para ilustrar essa estimativa, é possível observar, por meio dos dados obtidos, a prevalência de sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo) com 40%, seguido do TDAH (tipo Combinado), com 33%, e o TDA, aparecendo em 27% (predominantemente Desatento).

Ainda, no que se refere à sintomatologia, houve variação entre a concordância de pais e professores em relação aos sinais preditivos para o TDAH. Observa-se que na categoria 1 (meninos com idade entre 7 e 8 anos) existiu concordância, prevalecendo entre estes os sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo), porém, o contrário ocorreu àqueles referentes à categoria 2 (meninos de 9 e 10 anos), cujos sintomas giraram em

torno do tipo Combinado e Desatento. Isso mostra que houve maior equilíbrio em termos de sintomatologia entre pais e professores, em relação aos sinais preditivos na população referente à categoria 1 (idades entre 7 e 8 anos), cujas crianças apresentaram, em sua maioria, sinais preditivos para o TDH.

A hipótese levantada é que, conforme o avanço da idade, concomitantemente com a sintomatologia de comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade, são adicionados ao repertório de comportamento, aqueles combinados e os de desatenção (GRAEF; VAZ, 2008). Além disso, o contexto escolar traz exigências distintas do contexto familiar, dando ênfase para a manutenção de comportamentos adequados: atenção, concentração, obediência a regras.

Coutinho et al (2009) mostram que frequentemente há divergências entre relatos de pais e professores no que diz respeito à classificação do TDAH e subtipos. Estes autores trazem que o nível de concordância entre pais e professores, em estudos com amostras clínicas a respeito dos sinais preditivos para o TDAH, foi maior para sintomas de desatenção, transtorno oppositor e desafiador (TOD) e transtorno de conduta (TC) do que para sintomas de hiperatividade.

Os resultados obtidos nesta pesquisa divergem desse, podendo levantar como hipótese a questão da investigação ter sido realizada de forma não-clínica. Coutinho et al (2009) ainda realizaram avaliações não-clínicas entre pais e professores, porém, o resultado foi o mesmo do anterior, havendo concordância entre ambos os informantes no que diz respeito à sintomatologia referente à desatenção, ao passo que pais se referiram mais a sintomas de hiperatividade.

Deste modo, é possível preconizar que os estudos de Coutinho et al (2009) mostram uma certa discordância entre pais e professores, ao explicar que os pais davam maior ênfase aos sintomas de hiperatividade, ou seja, possivelmente porque no ambiente familiar as exigências são distintas das existentes no escolar. Assim, é preciso investigações a respeito dessa não concordância entre pais e professores em termos de sintomatologia do TDAH e subtipos.

Como preconizado pela literatura, para o diagnóstico do TDAH é necessário que os sintomas apareçam em mais de um contexto. O estudo mostrou que eles foram identificados tanto no contexto escolar como no familiar, porém, com discordância entre eles; isso quer dizer que a topografia dos comportamentos condizentes com o TDAH muda em relação ao ambiente escolar e familiar. Esses resultados levam-nos à reflexão de que os sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo) contribuem para que a percepção de

pais e professores apresentem maiores índices nas séries iniciais, visto que a exigência para essas crianças em relação a comportamentos adequados em sala de aula, atividade de atenção e concentração ainda são menores.

Contradizendo os resultados, Rohde, Tramontina e Polanczky, (2000) explicitam que essas crianças emitem maior número de comportamentos agressivos e impulsivos do que nos dois outros tipos. Com isso, sofrem de maior impopularidade e rechaço social por parte de seus colegas, além de os comportamentos, (hiperatividade e impulsividade) apresentarem maior ênfase.

No que diz respeito ao TDAH (tipo Combinado) ocorre dificuldade no autocontrole, que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle de impulsos e com o nível de atividade (DEL PRETTE, Z., 2005). Com isso, essas crianças apresentam desatenção, distração, impulsividade e impaciência, o que pode gerar comprometimento cognitivo, social e escolar, conforme Del Prette, Z., (2005). Isso mostra que, em decorrência de exigências existentes no contexto escolar, essas crianças tendem a apresentar dificuldade para motivação, maior comprometimento em memória de trabalho, dificuldade em atividades de velocidade de processamento, menor autoconfiança, baixo desempenho em leitura e compreensão, além de sintomas internalizantes, como depressão, ansiedade e dificuldades e flutuação na aprendizagem. Esses dados levantados por Del Prette, Z., (2005) vêm ao encontro dos resultados obtidos por este estudo, mostrando a discordância entre pais e professores em relação às crianças com sinais preditivos para o TDAH (tipo Combinado), visto que essa população foi categorizada com idades entre 9 e 10 anos, ou seja, das séries mais avançadas do Ensino Fundamental.

Ciasca (2010) ressalta ainda que essas crianças tendem a apresentar dificuldades nas tarefas percepto-motoras, desordem cognitiva e dificuldade em atenção focalizada. Estes dados de estudo dessa autora consolidam resultados desta pesquisa: meninos com sinais preditivos para o TDAH (tipo misto) apresentam maior frequência de indicativos relacionados à sintomatologia com idade mais avançada, caracterizados pela categoria 2, a qual abrange os meninos com 9 e 10 anos de idade. “Por causa de sua dificuldade com regras e com o autocontrole, a criança com TDAH (Tipo Combinado) é, muitas vezes, uma significativa força negativa na sala de aula” (PHELAN, 2005, p. 35).

No subtipo desatento (TDA) prevalece a incidência de déficits no processamento da informação, conseqüentemente, menor indícios de sinais preditivos de hiperatividade e impulsividade, o que contribui para que, muitas vezes, a sintomatologia do transtorno seja despercebida no contexto escolar, dado o menor nível de comportamento de agitação motora,

comum no TDH, além da quebra da harmonia em sala de aula e outros ambientes como parquinho e pátio (GRAEF; VAZ, 2008). Entretanto, no DSM – III (APA, 1980) os sintomas podiam vir acompanhados ou não pela hiperatividade, o que levou à percepção de que o prejuízo maior era ocasionado pelo sintoma de desatenção e não pela hiperatividade (ROHE; KETZER, 1997). Com isso, é visto que o tipo Desatento (TDA), em tese, gera maior comprometimento acadêmico, mesmo sendo as crianças com sinais preditivos para o tipo Hiperativo/Impulsivo (TDH) as que demonstram maior número de comportamentos de agitação motora e impulsividade.

Portanto, a compreensão dos diversos problemas de comportamento infantil em decorrência de sinais preditivos para o TDAH e seus subtipos requer consideração, não apenas sobre fatores individuais (neurobiológicos ou psicológicos), mas também a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamento dos quadros clínicos, incluindo aí o estudo de aspectos familiares e parentais (GUILHERME, 2007).

5.2 Indicativos de estresse

Recentemente, Raimundo (2005) levantou a hipótese sobre a necessidade de modificar a teoria do estresse e do *coping*, de modo a promover ajustes à população infantil. Com isso, verificou-se que os fatores de estresse presentes nas crianças não são os mesmos que os observados em adultos, já que o desenvolvimento e o funcionamento cognitivo das crianças e dos adultos apresentam-se de maneira distinta (RYAN-WENGER, 1992).

Os estudos de Lazarus e Folkamn (1985) tratam o estresse como uma reação fisiológica, cognitiva, emocional e comportamental, o qual resulta da percepção do sujeito de que os recursos disponíveis encontram-se desordenados em relação às exigências do ambiente, perante uma situação que é avaliada pela pessoa como sendo relevante para o seu bem-estar. Os resultados aqui demarcados mostram que, dentre as crianças que apresentam sintomatologia referente ao estresse, 73% encontram-se na fase de alerta, 20% na fase de resistência e 7% na fase de quase-exaustão. Com estes dados, pode-se afirmar que a maioria dos meninos com sinais preditivos para o TDAH e subtipos, deste estudo, externalizaram indicativos para o estresse.

A partir disso, percebe-se que, para que esses meninos sejam capazes de responder a estímulos aversivos encontrados no contexto escolar, é necessário superar adversidades impostas pelo meio, contudo, muitas vezes, geram desequilíbrio, tanto em termos físico como

psicológico. Sendo assim, a homeostase, responsável pela aquisição desse equilíbrio, busca formas de estabelecimento de uma posição similar à que existia previamente à ocorrência do desequilíbrio (CAMELO; ANGERAMI, 2004; OLIVEIRA, E. 2006; GOULART Jr.; LIPP, 2008). Com base nisso, Compas e colaboradores (1987) divergem de Ryan-Wenger (1992) ao discorrerem sobre as formas que as crianças utilizam para lidar com o estresse, isso em decorrência das diferenças na disponibilidade de recursos e estratégias utilizadas.

Esta investigação científica demarca que o indicativo de estresse entre a população de crianças com sinais preditivos para o TDAH e subtipos aponta que as mais novas, com idades entre 7 e 8 anos, foram as que mostraram menores indícios para a fase de alarme, enquanto que entre os meninos com idade de 9 e 10 anos prevaleceram maior indicativo de estresse nesta mesma fase.

A fase de alarme tem início quando a pessoa é confrontada com um estressor, devido a um desequilíbrio na homeostase; com isso, o organismo necessita se preparar para "lutar ou fugir". Conforme Carnier (2010), essa reação pode ser considerada saudável e benéfica ao organismo, visto que o prepara para atuar em situações de urgência (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008). Em comparação com os resultados anteriores, percebe-se que os meninos com idades entre 7 e 8 anos, pertencentes às séries iniciais do Ensino Fundamental, possuem menor rol de estratégias de enfrentamento, logo, enfrentar um estressor torna-se uma tarefa árdua.

Quando a criança não consegue ultrapassar com êxito a fase de alarme e esta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor, o organismo passa a se utilizar de reservas de energia adaptativa, a fim de buscar o reequilíbrio, adentrando assim, na fase de resistência. Quando esta reserva de energia adaptativa é suficiente, há a recuperação da pessoa, saindo, assim do processo de estresse. Contudo, se fator ansiogênico exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008).

Os resultados comprovam que as crianças com idade entre 7 e 8 anos foram aquelas em que prevaleceram os indicativos referentes à fase de resistência. Dessa forma, é possível inferir que as crianças mais velhas, com idades entre 9 e 10 anos, mesmo sofrendo maiores exigências no contexto escolar, são capazes de utilizar-se de estratégias de enfrentamento que tendam a diminuir o impacto gerado pelo estressor.

Similarmente, mas em um nível mais elevado de exaustão do organismo, encontra-se a fase de quase-exaustão. Esta tem como característica o enfraquecimento da pessoa, consequentemente não conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não

tenha atingido a exaustão completa. Nesta fase a pessoa sente um misto de bem-estar/tranquilidade com momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, podendo ocorrer o surgimento de algumas doenças, demonstrando assim que a resistência já não está tão eficaz (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008; LIPP, 2004).

Por meio desses resultados e comparando-os com a evolução dos sinais preditivos para o TDAH e subtipos, pode-se levantar a hipótese de que as crianças mais novas sofrem maior impacto de eventos estressores; já os mais velhos, mesmo com aquisições de sinais preditivos para o TDA (predominantemente Desatento) e TDAH (tipo Combinado), são capazes de utilizar-se de estratégias para amenizar o impacto que os estressores geram.

É possível perceber, ainda, o estresse sob outro prisma, que apresenta aspectos positivos, ao criar uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. Assim, em decorrência dessa necessidade de adaptação, exige-se do indivíduo a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o estresse, ou seja, suas estratégias de enfrentamento, adequadas ou não (LIPP; MALAGRIS, 2001). Isso quer dizer que, sempre que uma criança recebe um estímulo externo, ela age sobre este a fim de restabelecer o equilíbrio.

Desse modo, o estresse, segundo Guimarães (2006), é visto como um estado que se instaura independentemente do significado psicológico da situação que o desencadeou. Isso mostra que uma mudança ocorrida no meio (externo ou interno) é capaz de acarretar um estado de instabilidade, acionando uma reação ao estresse.

De acordo com Raimundo (2005, 2006), uma dessas formas de interação pode ser o conflito, considerado como uma oposição comportamental. Com base nisso, é possível verificar que o conflito entre pares no contexto escolar surge como um estressor específico muito comum entre as crianças das séries iniciais. Isso indica que a escola, considerada como o primeiro ambiente socializante para a criança fora do seio familiar, pode tornar-se uma fonte de estresse, conforme Lipp et al (1991).

No que se refere às fases do estresse, os meninos com sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo) pertencentes às séries iniciais foram os que menos apresentaram indicativos de estresse na fase de alerta, seguidos por aqueles com TDAH (tipo Combinado) e TDA (predominantemente Desatento). Em relação à fase de Resistência, observou-se que apenas as crianças com sinais preditivos para o TDH e TDA apresentaram indicativos de estresse (para esta fase).

Já em relação à fase de Quase-Exaustão, é possível perceber a prevalência de respostas emitidas somente pela população de crianças com comportamentos relativos ao

TDAH. Isto reforça o preceito de que os sintomas tendem a se intensificar conforme o desenvolvimento da criança, quando não há intervenções adequadas, contribuindo, assim, para que essa parcela de meninos com sinais preditivos para o TDAH (tipo Combinado) faça parte dessa estatística de crianças com nível de estresse na fase de Quase-Exaustão.

O estudo mostra, portanto, que as crianças com sinais preditivos para o TDH, presentes nas séries iniciais do Ensino Fundamental, denotam dificuldade em superar estressores de acordo com a hipótese levantada anteriormente por Raimundo (2006, 2006), de que é provável que exista como variável negativa o conflito entre pares e também, por a escola ser o primeiro ambiente de socialização da criança fora do ambiente familiar (LIPP et al, 2001).

As exigências impostas pelo contexto escolar, durante o desenvolvimento da criança, às quais se vê obrigada a adaptar-se, podem ser geradoras de estresse. No entanto, a sintomatologia do estresse não afeta todas as criança de maneira uniforme, uma vez que os eventos são vivenciados de maneiras distintas, podendo ser vistos como estressores ou não. Daí a relevância não só da busca por mecanismos defensivos, psicologicamente adaptativos, bem como a prevenção da instalação dos sintomas, visando proteção a essas crianças. Torna-se necessário, dessa forma, inicialmente, a identificação de condições que poderiam contribuir para o desenvolvimento do estresse em crianças, em decorrência da escassez de estudos a respeito do estresse infantil (LIPP, 2000, 2002).

5.3 Estratégias de enfrentamento

As estratégias de *coping* caracterizam-se por mudanças cognitivas e esforços comportamentais conscientes; são processos que permitem o direcionamento, por parte dos indivíduos, em situações de discrepância entre as exigências a que estão submetidos e os recursos que possuem diante de situações indutoras de estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, SANTOS; CASTRO, 1998). Muitos dos comportamentos emitidos pela criança vão em direção à distração e a evitar o fator ansiogênico, visto que estes poderão agir como adaptativos, uma vez que são as únicas soluções que se apresentam à criança (RYAN-WENGER, 1990).

Ryan-Wenger (1990) ressalta que a eficácia das estratégias de enfrentamento é relevante em relação à sua utilização pelas crianças. Assim sendo, verifica-se que as estratégias de caráter mais comportamental e ativas são as que apresentam maior eficácia para

as crianças com menos idade. Estas são as chamadas de estratégias de enfrentamento positivo, que contribuem para a redução da ansiedade vivenciada pela criança.

Os resultados alcançados pelo estudo revelam que as crianças de menor idade (7 e 8 anos) utilizaram-se de um índice maior de estratégias de Ação, por meio da Resolução Comportamental, com menor frequência de respostas de estratégias de *Acting Out* (Expressão Emocional) e Fuga/Esquiva (Distração Comportamental). Porém, é preciso levantar a seguinte ressalva: entre as crianças, cujas estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram de Ação (Resolução Comportamental), essas foram emitidas por aquelas com sinais preditivos para o TDH.

Já a criança cuja resposta voltou-se para o *Acting Out* utilizou-se da Expressão Emocional. A criança com sinais preditivos para o TDA utilizou-se de estratégia de Fuga/Esquiva, caracterizada pela Distração Comportamental. Esses resultados divergem do que foi preconizado por Ryan-Wenger (1992), ao defender que escolares com menor idade utilizam estratégias de enfrentamento voltadas para a Fuga/Esquiva, a fim de evitar a confrontação com o estressor.

Os resultados referentes ao enfrentamento das crianças com maior idade (9 e 10 anos) apresentaram maior equilíbrio entre as estratégias de Ação, como a Resolução Comportamental (2 crianças com sinais preditivos para o TDA) e Resolução Cognitiva (2 crianças com sinais preditivos para o TDAH e 1 para o TDH) e Fuga/Esquiva, por intermédio da Distração Comportamental (2 crianças com sinais preditivos para o TDAH e 1 com TDH) e Evitamento Cognitivo (com apenas 1 crianças com sinal preditivo para o TDH). Isso mostra que os resultados da pesquisa novamente divergem dos pressupostos de Ryan-Wenger (1990) que, em seus estudos, evidencia que em idade mais avançada o escolar tende a emitir repostas mais voltadas a resolução dos estressores, por meio de estratégias de caráter cognitivo, o que não ocorreu na pesquisa, pois houve equilíbrio entre Resolução Cognitiva e Distração Comportamental.

As estratégias de enfrentamento utilizadas pela criança diferem entre si; isso ocorre porque os eventos estressores são vivenciados de maneira diferenciada pelas criança, conforme características e competências individuais para lidar com a situação problemática (RYAN-WENGER, 2000).

Ryan-Wenger (1992), em seus estudos para a elaboração do *Schoolagers Coping Strategies Inventory* (SCSI), concluiu que – entre as estratégias de enfrentamento mais frequentes - identificam-se o controle do perigo, a busca de apoio, a solução de problema e a distração, enquanto as menos frequentes são: agressão, autodestruição e afastamento. É

importante destacar, ainda, o comportamento de evitação e as estratégias focalizadas na emoção como um aspecto do *coping* infantil e que podem funcionar de forma adaptativa quando a criança não pode mudar a situação, ou quando evoca muita emoção, na tentativa de manter a situação sob controle (DELL'AGLIO, 2003).

Os resultados desta pesquisa evidenciam que as ações agressivas, tanto físicas como verbais podem ser geradoras de danos a pessoas, animais ou objetos (RYAN-WENGER, 2000). No estudo, estas foram referidas como estratégias de *Acting Out*, por meio das quais, verifica-se que a frequência de respostas referentes à estratégia de Expressão Emocional prevaleceu nas crianças com sinais preditivos para o TDA e TDH. Já para as crianças com sinais preditivos para o TDAH (tipo Combinado) a frequência de respostas foi maior para a Atividade Agressiva.

Esses resultados evidenciam que, devido a um desequilíbrio das funções executivas, a criança com TDAH (tipo Combinado) apresenta maior probabilidade de emitir comportamentos desadaptados, regidos por hiperatividade, impulsividade e desatenção. Isso mostra que comprometimentos nessa região estão relacionados aos sintomas típicos do TDAH como: dificuldades para tomar iniciativa, planejar, estabelecer prioridades, monitorar o tempo, manter a motivação e concluir tarefas (BELLÈ, 2005). Assim, é visto que essas características prejudicam o funcionamento da criança em vários contextos como: na escola, em casa, ou em ambientes sociais, acarretando comprometimento do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (MATTOS, 2007).

As estratégias de Fuga/Esquiva, caracterizadas por Ryan-Wenger (2000) como evitação, englobam tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se longe do estressor. Referem-se a respostas como: procurar esquecer, evitar o problema, fugir da situação, ir para outro lugar, deixar o tempo passar, afastar-se das pessoas envolvidas. Os resultados mostram que as crianças com sinais preditivos para o TDH (hiperativo/impulsivo) apresentaram menor percentil em relação à estratégia de Distração Comportamental, resultado aquém das crianças com sinais preditivos para o TDAH (tipo Combinado).

Já em relação à estratégia de Evitamento Comportamental, as crianças com sinais preditivos para o TDH apresentaram maiores índices em comparação aos apresentados pelas crianças com TDA e TDAH. Novamente, as crianças com sinais preditivos para o TDH apresentaram maior percentil, agora em relação à estratégia de Evitamento Cognitivo. Por último, aparece a estratégia de Atividade de Isolamento, somente nas crianças com sinais preditivos para o TDA.

No que diz respeito às estratégias de Ação, caracterizam-se por comportamentos não agressivos de busca de uma pessoa por razões emocionais ou instrumentais. Envolvem comportamentos que eliminam o estressor ou modificam as características da situação estressante, com a utilização de resposta de resolução de conflitos: pedindo desculpas, conversando, tentando encontrar uma solução, propondo alteração da situação estressora, buscando consenso.

Os resultados da pesquisa configuram a estratégia de Resolução Comportamental como a mais utilizada pelas crianças com sinais preditivos para o TDH, seguida das crianças com TDA e TDAH. Já a Resolução Cognitiva prevaleceu entre as crianças com sinais preditivos para o TDA, seguidas das crianças com TDAH e, com menos frequência, aquelas com TDH.

Com base nos estudos de Ryan-Wenger (1992), observa-se que os resultados alcançados por meio deste estudo divergem dos que foram preconizados pela autora. Segundo Ryan-Wenger (1992) as estratégias de enfrentamento mais frequentes, caracterizam-se pelo controle do perigo, busca de apoio, solução de problema e distração, enquanto as menos frequentes correspondem a: agressão, autodestruição e afastamento.

Todavia, a pesquisa revelou que, entre as estratégias de *Acting Out*, houve a prevalência da expressão emocional em vez da atividade agressiva como descrito pela autora. Já quanto às estratégias de Fuga/Esquiva, houve concordância ao evidenciar o uso da distração e o afastamento/evitamento como meio de evitar o confronto com o estressor. No que se refere às estratégias de Ação, os resultados da pesquisa divergem do que preconizou Ryan-Wenger (1992) a respeito da busca de apoio/suporte social, porém, há concordância entre ambos os estudos a respeito da solução de problemas/resolução comportamental.

Estudos desenvolvidos por Ryan-Wenger (1992, 2000, 2002) revelam a necessidade de o indivíduo, mesmo que ainda criança, aprender a discriminar como responder a diferentes situações, já que a diversidade de contextos sociais requer a emissão de comportamentos diferentes, ou seja, uma resposta que produz uma consequência reforçadora em determinado ambiente não o faz necessariamente em outro.

Wills (1986) verificou que a variabilidade e a diversidade de tipos de enfrentamento aumentam com a idade. As pesquisas demonstram que as competências cognitivas envolvidas no confronto emocional tendem a ser mais sofisticadas e só emergem no fim da idade escolar, quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação (BARROS, 2003).

Band e Weisz (1988) indicam que crianças, por volta dos 6 anos de idade, usam menos estratégias de *coping* focalizado na emoção que crianças maiores de 9 anos, quando há declínio significativo na proporção de respostas de evitação e, em contrapartida, há aumento na direção da resolução do problema. Sugerem, ainda, que o *coping* focalizado na emoção pode desenvolver-se mais devagar, em parte pela necessidade de maturidade cognitiva.

Os resultados da pesquisa contribuem com esse pressuposto ao explicitar que os sinais preditivos para o TDAH e subtipos vêm, juntamente com a variável idade, descrever o enfrentamento no infante. Com isso, é possível inferir que independentemente da idade, é preciso levar em consideração os sinais preditivos para o TDAH e subtipos ao se trabalhar com essa população. Sob essa ótica, tem-se como hipótese que muitas das crianças com menos idade (7 e 8 anos) também se utilizam de um rol de estratégias de enfrentamento, porém, apresentam sinais preditivos para o TDH. Em comparação, as crianças mais velhas (9 e 10 anos), que deveriam fazer uso de maior gama de estratégias, ficaram restritas ao mesmo índice das crianças de menor idade.

Entre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas crianças com sinais preditivos para o TDAH e seus subtipos, incluindo aqui as estratégias de *Acting Out*, Ação e Fuga/Esquiva, é possível perceber a estratégia de Resolução Comportamental como a mais utilizada, seguida da Distração Comportamental e Resolução Cognitiva. Com menor frequência de respostas, aparecem as estratégias de Expressão Emocional, Atividade Agressiva e Evitamento Cognitivo, cujo *coping* relaciona-se a comportamentos de agressividade; já a expressão emocional diminui com a idade e é negativamente relacionada com a função social positiva.

Assim, verifica-se que as estratégias mais utilizadas foram as de Ação (Resolução Comportamental e Resolução Cognitiva), as quais apontam que esforços de *coping* voltados para a ação são relacionados a um ajustamento mais positivo (COMPAS e cols, 1988). As de Fuga/Esquiva (Distração Comportamental) funcionam como estratégias evitativas, geralmente relacionadas a uma pobre adaptação, isso porque o comportamento de evitação, em muitos casos, pode ser a única alternativa para a criança lidar com uma situação fora de seu controle. Lisboa (2002) afirma que a evitação e estratégias focalizadas na emoção podem funcionar como adaptativas quando a criança não pode mudar a situação ou quando a situação evoca muita emoção, podendo agir como tentativa de manter o controle sobre a situação.

Apesar de a variável idade ser relevante para prever as condições em que a criança tem de enfrentar a situação e de optar por um tipo de estratégia ou outra, não pode ser

considerado um fator suficiente para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao estresse.

Lisboa e colaboradores (2002) investigaram ainda a interação entre estratégias de *coping* em eventos estressores de crianças com colegas e professores. A estratégia mais utilizada quando enfrentam problemas com seus colegas foi a busca do apoio de alguém como: pais, irmãos mais velhos, primos, professores, direção da escola etc. Já a estratégia de *coping* que as crianças relataram utilizar com maior frequência para lidar com problemas com a sua professora foi "não fazer nada", utilizando-se de estratégias evitativas. Este resultado, segundo os autores, pode ter relação ao temor pelas consequências negativas de seus atos (castigos, suspensões, baixas notas etc.), evidenciando o tipo de vínculo estabelecido entre aluno e professor. Esta pode ser a razão pela qual as crianças se percebem sem alternativas para adotar uma estratégia de *coping* eficaz e optam por não agir quando têm um problema com professores.

Pouco ainda se conhece a respeito do que torna o indivíduo com TDAH e subtipos menos vulnerável, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que elucidem os mecanismos e as características que fazem com que o TDAH e subtipos tenham um impacto menos negativo sobre a vida das crianças a que eles acometem.

5.4 Estilos de confronto

O enfrentamento infantil tem recebido ênfase no que diz respeito aos estilos de confronto, os quais se caracterizam por traços globais do indivíduo, em proximidade ao que é descrito como temperamento, e que tendem a ser persistentes ao longo do tempo (RYAN-WENGER, 1991). De forma distinta aos estilos de confronto, as estratégias de enfrentamento, ainda conforme Ryan-Wenger (1990), são comportamentos utilizados numa determinada ocasião para lidar com eventos estressores, que são aprendidos e que podem ser modificados.

Estudos realizados por Del Prette, A. (1999) evidenciam a possibilidade de visualização dos estilos de confronto que a criança apresenta, mediante análise das estratégias de enfrentamento, bem como dos comportamentos que se referem a essas, de modo que estratégias de enfrentamento mais adaptadas possam ser ensinadas.

O estilo de confronto *Passivo* caracteriza-se pelo desligamento mental, que consiste na busca de atividades que desviem a atenção do estressor. O estilo *Agressivo* faz frente a situações desagradáveis, geradoras de tensão emocional, cujas ações agressivas desviam-se do foco perturbador original e geram alívio da sensação aversiva por meio da descarga de

agressividade. É um comportamento considerado como funcional em termos cognitivos e comportamentais, porém, repercute em prejuízo físico e/ou psicológico ao próprio indivíduo ou a terceiros. O estilo *Assertivo* evidencia a expressão de pensamentos, comportamentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas,

Neste trabalho, os resultados apontaram que os participantes deste estudo utilizaram-se mais frequentemente do estilo de enfrentamento *Assertivo*. Completando esses achados, percebeu-se ainda que, em relação aos sinais preditivos para o TDAH e subtipos, o nível de confronto girou em torno da Assertividade para os meninos com sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo). Também, percebeu-se que o estilo de confronto *Passivo* apresentou-se entre a população de crianças com sinais preditivos para o TDH (predominantemente hiperativo/impulsivo) e o TDAH (tipo Combinado). Já o estilo de confronto *Agressivo* é retratado somente entre a população de meninos com sinais preditivos para o TDA (predominantemente Desatento).

Com isso, infere-se que o indivíduo é capaz de desenvolver formas habituais de lidar com o estresse, isto, com esses hábitos ou estilos de confronto podendo ser geradores de influências em suas reações diante de novas situações. Nessa perspectiva, verifica-se o estilo de confronto como uma tendência que a pessoa desenvolve para utilizar-se de uma reação de *coping*, em maior ou menor grau, em situações de estresse (LISBOA, 2002).

Para se chegar a um modelo explicativo mais completo e abrangente do processo de *coping*, seriam necessários estudos investigativos mais específicos em relação aos tipos de estressores que ocorrem durante a infância, bem como aos diferentes efeitos destes estressores nos processos de *coping*. Isso permitiria maior entendimento quanto à adaptabilidade das estratégias utilizadas e ao ajustamento da criança às situações de estresse. Também, torna-se relevante considerar a complexidade do processo de *coping*, atentando para o tipo de estressor específico que gera a situação, tendo em vista que a criança responde de forma diferente, a diferentes tipos de eventos, e procura por meio de suas estratégias, uma adaptação ao ambiente social. Assim, pode-se entender que não existem respostas adaptativas universais, adequadas para todos os indivíduos, em todas as situações e em todo o tempo.

Quanto ao ambiente extraclasse (*Bloco A*), observa-se maior ocorrência em relação ao estilo de confronto *Agressivo*, seguido do *Passivo* e do *Assertivo*, progressivamente. Ao abordar o estilo de confronto utilizado pelos meninos com sinais preditivos para o TDAH e subtipos no ambiente extraclasse, evidencia-se que o estilo de confronto *Agressivo* apresentou maior percentil entre os meninos com sinais preditivos para o TDA, seguido dos meninos com

TDH. Entre os meninos com sinais preditivos para o TDAH não foi encontrado indicativos para o uso do estilo de confronto *Agressivo*.

É importante ressaltar que, mesmo no subtipo desatento (TDA) prevalecendo a incidência de déficits no processamento da informação que, conseqüentemente, geram menor indícios de sinais preditivos de hiperatividade e impulsividade, com menor nível de comportamento de agitação motora, deve-se levar em consideração que se trata de uma população de meninos, os quais tendem a emitir maior nível de comportamentos de agressividade quando comparados aos comportamentos de desatenção emitidos pelo público feminino (GRAEF; VAZ, 2008). Além disso, a estratégia de agressividade inclui a expressão emocional, que diz respeito à exteriorização de afetos, sinalizada por comportamentos que vão para além do agressivo, motor e das atividades verbais que exprimem sentimentos e emoções como: chorar, ficar triste, gritar, ficar furioso.

Esses resultados são esclarecidos por Rohde et al (1998), os quais elucidam que os sintomas da desatenção podem ser identificados por dificuldade de atentar a detalhes, tendência a cometer equívocos por pequenos descuidos em atividades escolares e de trabalho, dificuldade de manter a atenção em atividades lúdicas ou tarefas em geral, não seguir instruções dadas e não terminar tarefas escolares; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa, apresentar dificuldade em organizar tarefas e atividades em geral, apresentar esquecimento em atividades diárias e evitar, ou mostrar relutância quanto à realização de tarefas que exijam esforço mental.

A desatenção e a distração geram dificuldade de permanecer focados em uma única tarefa por um período de tempo mais prolongado. Como a atenção oscila de um estímulo para outro, impossibilitando o foco concentrado em apenas uma tarefa, essas crianças costumam gerar, em pais e professores, a impressão de que não estão ouvindo (ROHDE & KETZER, 1997). A desatenção pode se manifestar nas relações humanas por frequentes mudanças de assunto, por falta de atenção àquilo que é dito e a detalhes ou regras quando participam de jogos ou outras atividades (CALEGARO, 2002).

A partir desse ponto de vista, esta pesquisa vem contribuir com os resultados ao apontar que a criança com sinais preditivos para o TDA (predominantemente Desatento) apresenta a probabilidade de utilizar-se de estilo de confronto *Agressivo*, no sentido de suas manifestações emocionais diante de aversivos, os quais podem ser o isolamento por parte de colegas, a não permissão para brincar nos grupos de crianças em momento de recreação, por não conseguir seguir as regras e/ou dificuldade para compreensão destas, além da dificuldade

em manter-se concentrado na atividade que está desenvolvendo. Seguem alguns recortes de falas obtidos durante a pesquisa de campo.

“No recreio mexem comigo, arrumam encrenca e colocam a culpa em mim, aí fico nervoso, porque quando tenho reclamação na escola apanho do meu pai quando chego em casa” (9 anos).

“Vixi! Eu brigava muito no recreio porque não me deixavam brincar (risos), ia quase todos os dias para a diretoria, agora parei um pouco. Me mandavam para a diretoria por causa de briga no recreio, por encher o saco dos colegas, por responder para a professora. Me levavam para a casa com a perua do Conselho Tutelar quando eu brigava na escola. Quando a professora me manda para a diretoria eu fico quieto, fico só ouvindo o que ela fala, às vezes eu não aguento e dou risada na cara dela, aí ela fica brava” (10 anos).

“Fico nervoso, tenho vontade de bater, de brigar, de xingar, porque tiram sarro de mim. Quando eu brigo o pessoal me segura na escola até a criança que eu bati chegar na casa dela” (10 anos).

“Alguns amigos são bons, mas tenho mais amigos na outra escola que estudei. Mudei pra cá porque brigavam comigo aí eu “saía no soco”. Agora nos damos bem, mas às vezes brigamos” (9 anos).

“Meus amigos são mais ou menos legais. Brincamos de lutinha na grama, aí às vezes sai briga” (8 anos).

“Na aula de Ed. Física, os colegas faziam bagunça e me culpavam, mas não é culpa minha, aí a tia me deixa na classe escrevendo texto” (8 anos).

“Me chamam de piolho de cobra, já briguei por causa disso. Fico triste e tenho vontade de ir embora pra casa” (8 anos).

Já para o estilo de confronto *Assertivo*, observaram-se maiores índices de respostas entre os meninos com sinais preditivos para o TDH. Em relação ao estilo *Passivo*, a prevalência ocorreu entre os meninos com sinais preditivos para o TDAH, tendo o estilo *Agressivo* como o que atingiu maior percentil pelos meninos com TDA.

“Gosto da escola porque tem muitas coisas pra fazer aqui, brincar e estudar. Sinto-me bem, porque agora ninguém mais tá batendo em mim” (7 anos).

“Quando a molecada fica me batendo, eu conto para o tio” (7 anos).

“Tenho bastantes amigos na escola, eles são legais, gostamos de brincar de pega-pega, esconde-esconde, também vou brincar na casa deles” (7 anos).

“Me sinto bem na escola, porque me ensinam a escrever, ler, a não fazer bagunça, não brigar, responder o que o tio pergunta, não fazer arte na sala de aula, a respeitar o tio” (7 anos).

“Gosto dos meus amigos porque são legais, brincamos de bola, pega-pega, são bacanas, nenhum briga comigo” (9 anos).

“No recreio, às vezes mexem comigo e eu fico nervoso, mas peço para o tio me ajudar (inspetor de alunos) (9 anos)”.

“Eu me senti mal de ter ido pra diretoria, por isso obedeço as tias (9 anos)”.

Nas crianças com TDAH (tipo Combinado) percebeu-se o uso do estilo de confronto *Passivo*, no que diz respeito à atividade extraclasse.

“Quando a tia não deixa sair pra jogar bola, aí eu fico batendo carta” (9 anos); “Fico quieto, não faço nada” (9 anos).

“Fico nervoso, mas guardo pra mim, fico quieto, mas não gosto que ninguém me perturbe” (9 anos).

“Quando me xingam no recreio eu chamo a diretora. Quando mexem comigo eu fico quieto, abaixo a cabeça” (10 anos).

Estes depoimentos contradizem os resultados de estudos, como o desenvolvido por Coll, Palacios e Marchesi (1995), ao perceberem que os comportamentos condizentes com a sintomatologia do TDAH (tipo Combinado) são geralmente observados, na maior parte das vezes, no contexto escolar, pelos professores, ao verificar que a criança emite comportamentos de agitação motora, impulsividade e/ou desatenção. Estes passam a ser percebidos quando são pareados aos comportamentos das outras crianças. Além disso, é possível notar que o desempenho da criança em relação à média do grupo, apresenta defasagem (TOPCZEWSKI, 1999).

Conforme os resultados atingidos, referentes ao ambiente de sala de aula (*Bloco B*) e o confronto da criança com a sintomatologia do TDAH (*Bloco C*), verifica-se que ambos apresentam resultados similares. A referência aos resultados dos estilos de confronto utilizados no ambiente de sala de aula traz o estilo *Agressivo* como o que atingiu maiores resultados entre a população com sinais preditivos para o TDA, resultado igualmente atingido diante do confronto com a sintomatologia do TDAH.

“Eu acho ruim esperar, aí eu fico pedindo pra tia deixar eu sair”(9 anos).

“Quando a tia fica brava comigo eu começo a dar risada, ai ela fica mais brava ainda (risos)” (10 anos).

“Quando a tia manda eu corrigir a atividade, eu fico quieto, depois tento corrigir, então, ela fica sentada do meu lado e me ajuda. (6 anos).

“Às vezes, fico nervoso, aí não faço nada. Quando fico nervoso não há quem me faça fazer as atividades. O Conselho Tutelar já foi duas vezes na escola por causa disso”(10 anos).

“Quando a professora não me deixa ficar em pé na classe. Se ela me manda sentar eu retruco”(10 anos).

“Eu converso e respondo para a professora. Eu digo para ela: você não quer que eu converse, eu tenho boca pra quê? Eu respondo para ela. Não to nem aí. Chamo algum amigo, se ela me muda de lugar então, chamo outro amigo para conversar”(10 anos).

“Só consigo escrever se for copiando, ler eu não consigo. Copio dos outros, fico nervoso quando não consigo escrever, tenho que ficar copiando dos colegas”(10 anos).

“Eu sempre fico atrasado, a tia fala para terminar logo as atividades. Já fiquei sem sair para o recreio por não conseguir terminar as atividades. Outro dia eu fiz um “regaço”, chutei carteira e cadeira na sala de aula porque a professora não me deixou sair para o recreio. A coordenadora pedagógica é cheia de dar advertências, a última vez que ela fez isso eu rasguei o papel na cara dela”(10 anos).

“Quando eu não consigo fazer as atividade fico andando na classe, fico bravo, fico pedindo até a professora deixar eu sair. Dá vontade de mandar tudo para o chão”(10 anos).

“Eu falo para meus colegas: vamos brincar comigo? Às vezes eles chamam a tia e falam que eu estou atrapalhando, aí ela manda eu ficar no corredor de castigo, mas eu não fico, eu saio andando pela escola, eles (funcionários) me cercam, se alguém tenta me pegar eu corro e se mandam o Conselho Tutelar me levar para a casa eu brigo”(10 anos).

“Acho mais difícil ler. Escrever estou conseguindo um pouco, consigo escrever algumas palavras. Quando não consigo a professora fica do meu lado e vai me ajudando, aí vou tentando, “juntando” as letras pra formar as palavras. Só consigo ler devagar. Fico nervoso quando não consigo ler e escrever, principalmente nas provas. Quando fico nervoso eu tento ler, mas não consigo. Só consigo ler quando alguém me ajuda, aí não fico nervoso”(9 anos).

“Às vezes eu choro na escola, porque os colegas conversam e jogam água nos outros, aí ele coloca a culpa em mim e a tia briga comigo, me manda pra diretoria sem motivos, eu fico nervoso”(8 anos).

Estes resultados encontrados durante a pesquisa podem ser comparados ao que foi preconizado por Lipp (2002) a respeito da incidência de estresse grave na população infantil, visto que isso embasa a referência às queixas do infante em relação aos aversivos geradores

de estresse no contexto escolar, dentre os quais: irritabilidade demonstrada pelo professor, gritos, impaciência e falta de comunicação com os alunos, instruções confusas, escassez de elogios, não conhecer os direitos do alunado, não ser continente quando a criança queixa-se sobre a existência de algum conflito no contexto familiar, tarefas em excesso, manutenção de comportamentos de competição entre os colegas de turma e desorganização. Isso mostra o quanto a relação entre a criança e o professor pode contribuir para o desenvolvimento do estresse infantil.

Em relação ao estilo *Assertivo*, é utilizado entre as crianças com sinais preditivos para o TDAH para o ambiente de sala de aula (*Bloco B*).

“Quando colocam apelido em mim ou me xingam vou até o inspetor de alunos e conto tudo para ele, depois saio de perto dos meninos, então eles param de mexer” (9 anos).

“Quando não entendo a matéria eu chamo meu amigo, ele me ajuda. “Depois que termino a atividade, eu mostro pra tia e ela corrige” (7 anos).

“Acho História difícil, porque os textos que a professora dá são difíceis, são muito longos. Como não sei muito bem eu presto atenção na explicação” (9 anos).

“Quando eu erro, a tia pede pra fazer de novo, eu faço, não acho ruim” (9 anos).

“Quando me tacam papel molhado, quando me xingam, eu conto para a inspetora” (9 anos).

“Não me importo em esperar para sair para o recreio, porque tem ordem certa pra sair, ordem de tamanho” (10 anos).

“Gosto de Matemática, porque dá pra aprender “coisas de construir casas”. “Eu consigo entender o que a professora explica, eu presto atenção (10 anos)”.

As crianças com TDA, ao serem confrontadas com os sintomas do TDAH, (*Bloco C*) utilizam-se do estilo de confronto *Assertivo*.

“Consigo ficar sem conversar” (9 anos).

“Quando a tia passa a matéria muito rápido na lousa e eu não consigo escrever rápido eu tento fazer pra sair para o recreio ou ir embora (9 anos)”.

“Eu não converso dentro da classe, fico quieto. Quando alguém me chama pra conversar durante a aula eu falo: depois, lá fora a gente conversa” (9 anos);

No que se refere ao estilo *Passivo*, as crianças com sinais preditivos para o TDH mostraram maiores indícios no ambiente de sala de aula (*Bloco B*):

“Acho difícil Português e Matemática, porque tem muitas coisas chatas, não consigo entender, gosto mais de pintar desenhos durante a aula” (7 anos).

“Quando não consigo entender o que a professora explica eu fico quieto, com a cabeça abaixada (7 anos)”.

“Não gosto de Inglês, porque não sei ler, não sei falar Inglês, todo mundo sabe menos eu. Fico conversando durante a aula” (8 anos).

“Não gosto de Geografia e Ciências, porque é chato e porque ainda não sei ler, não faço nada (9 anos)”.

“Quando não consigo entender a matéria peço para o tio me deixar ir embora” (9 anos).

“Quando o tio briga comigo eu saio da classe e fico brincando lá fora” (9 anos).

“Quando fico atrasado nas atividades eu converso com algum amigo, fecho o caderno e não faço mais nada” (9 anos).

“Quando alguém me chama pra conversar ou “bater carta” eu vou até a carteira dele. Meus amigos também vão até minha carteira pra brincar (9 anos)”.

“Quando eu não consigo prestar atenção na aula eu penso em desenhar. Fico pensando que tenho vontade de brincar no recreio (8 anos)”.

“De vez em quando saio da sala para ir ao banheiro, chamo algum amigo para conversar, brincar de “jogo da velha”, depois vou ao fundo da classe brincar com os outros colegas” (8 anos).

“Quando a matéria é muito difícil eu não consigo fazer, aí deixo sem fazer” (8 anos).

“Quando eu quero ir embora pra casa eu falo que estou com dor de barriga” (8 anos).

“Não gosto de Português, porque é muita coisa, escrever, fazer textos, leitura. Chamo a tia quando não entendo alguma coisa. Quando não quero fazer atividade eu paro de escrever e não faço mais nada” (9 anos).

“Quando eu não sei fazer a atividade eu espero a tia passar a resposta do exercício na lousa” (9 anos).

“Quando a professora tá explicando eu fico olhando pra ela, fico pensando se ela deixasse eu brincar com algum joguinho” (9 anos).

“Eu fico brincando quando a tia tá explicando a matéria, pintando desenhos, então a tia grita, não gosto de prestar atenção” (9 anos).

Quando a criança com TDAH depara-se com os sintomas do transtorno (*Bloco C*), os resultados mostram que o estilo de confronto é o *Passivo*.

“Durante a aula eu fico pensando em desenhar. (9 anos)”.

“Quando não consigo fazer a atividade eu chamo alguém pra brincar; “bater carta”. Vou até a carteira do colega pra brincar” (9 anos).

“Tenho dificuldade em ler e escrever. Eu fico quieto” (9 anos).

“Tenho vontade de guardar o material, sair correndo da escola e ir embora pra minha casa” (9 anos).

“Durante a aula eu não penso em nada” (7 anos).

“Não consigo ler nem escrever, só sei ler mais ou menos, escrever só consigo as palavras fáceis. Quando eu não consigo escrever eu copio de algum amigo (7 anos)”.

“Durante a aula fico pensando em brincar de “jogo da velha”, “bater cartas” e dominó” (10 anos).

“Na aula eu olho para traz e fico conversando, peço para ir no banheiro ou tomar água para poder sair da classe” (10 anos).

“Fico desenhando no final do caderno. “Sinto-me entediado na classe” (10 anos).

“Fico pensando no recreio, porque gosto de brincar de bola” (10 anos).

O que mais confunde a avaliação desses sintomas é o fato de que muitas crianças com essa patologia são capazes de se manter atentos por certo período de tempo. Situações em que existe alguma novidade para a criança, algo de alto valor de interesse, intimidação na qual ela esteja a sós com um adulto podem passar a sensação de que essas crianças não possuem dificuldades quanto à atenção e, assim, gerar muitos diagnósticos equivocados (PHELAN, 2005).

Observa-se, então, que os resultados da pesquisa evidenciam ser preciso, inicialmente, analisar o ambiente em que a criança emite os sinais preditivos para o TDAH e subtipos, visto que, dependendo do aversivo presente, a mesma criança pode enfrentar tanto de forma *Assertiva*, como *Agressiva* ou *Passiva*, razão porque encontra-se a discordância na pesquisa, os estilos de confronto versus os sinais preditivos para o TDAH e subtipos, enunciados na primeira parte desta seção, e os estilos de confronto versus aversivos em vários contextos.

Diante desse quadro, o presente estudo vem mostrar caminhos para a compreensão dos sinais preditivos para o TDAH, sua influência na vida escolar dos meninos com sinais preditivos, bem como os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas para superar os fatores ansiogênicos.

CONCLUSÃO

Nesta seção, encontram-se compiladas não só a apresentação das inferências resultantes da realização da pesquisa, mas também as sugestões de caráter científico e prático dela derivados. As primeiras se baseiam na execução dos objetivos propostos, sendo estes gerais e abrangentes e também dos específicos, uma vez que estes últimos têm por fundamento as etapas seguidas no desenvolvimento do trabalho. São abordadas também, recomendações sobre o tema, por meio de novos estudos e instrumentos que possam propor vias de ação para enriquecer o meio científico e social.

O objeto de estudo apresenta ainda baixos indícios de investigação, sendo relevante, em decorrência de sua influência psicossocial, a exploração das divergências encontradas nos contextos familiar e social, bem como diante de demandas distintas desses ambientes.

Propôs-se, assim, a investigação dos indicativos de estresse e análise das estratégias de enfrentamento de meninos, com idades entre 7 e 10 anos, com sinais preditivos para o TDAH e subtipos. A pesquisa, ainda, vem explorar caminhos para a compreensão desses sinais, a influência na vida escolar da população, bem como os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas para superar aversivos.

Este trabalho pôde evidenciar que, com o desenvolvimento da idade, a criança apresenta a tendência à expansão de sinais preditivos para o tipo Desatento (TDA), caracterizados por comportamento de desatenção e, em seguida, para o TDAH (tipo Combinado), aí já prevalecendo tanto comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade como o de desatenção.

Os resultados elucidam que os sintomas relacionados à Desatenção e ao Combinado são percebidos, portanto, quando a criança se encontra em um ponto mais avançado do Ensino Fundamental, no caso das crianças com mais idade, quando o uso das funções executivas como: planejamento, organização e persistência de foco atencional é mais necessário (ROHDE et al., 2004). Com isso, tem-se como hipótese que, inicialmente, as crianças desenvolvem repertório de comportamentos de hiperatividade e/ou impulsividade, o que, com o tempo e a ausência de intervenção adequada, pode ser acrescentado ao seu repertório, aqueles de desatenção.

A literatura enfatiza que para o diagnóstico do TDAH é necessário que os sintomas apareçam em mais de um contexto. Nesse sentido, este estudo mostrou que eles foram identificados tanto no contexto escolar como no familiar, porém, com discordância entre pais

e professores. Isso mostra que, topograficamente, os sinais preditivos para o TDAH tendem a mudar em relação ao ambiente escolar e familiar.

Estes resultados levam-nos à reflexão de que os sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo) contribuem para que pais e professores percebam os indicativos manifestos nas séries iniciais, visto que a exigência para essas crianças, em relação a comportamentos adequados em sala de aula, atividade de atenção e concentração ainda são menores.

Resultados dos estudos realizados por Rohde, Tramontina e Polanczky (2000), foram colocados em xeque, porque explicitam que essas crianças emitem maior número de comportamentos agressivos e impulsivos do que nos dois outros tipos. Com isso, sofrem de maior impopularidade e rechaço social por parte de seus colegas, além de os comportamentos, (hiperatividade e impulsividade) apresentarem maior ênfase. Todavia, a compreensão dos diversos problemas de comportamento infantil, em decorrência de sinais preditivos para o TDAH e seus subtipos, requer consideração, não apenas sobre fatores individuais (neurobiológicos ou psicológicos), mas também na busca por compreensão em relação ao ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamento dos quadros clínicos, abordando o estudo de aspectos familiares e parentais (GUILHERME, 2007).

Em relação aos indicativos de estresse que a população em questão vivencia devido aos aversivos encontrados no contexto escolar, Raimundo (2005) hipotetizou que as teorias sobre estresse e *coping* poderiam sofrer adaptação, de modo a promover ajustes à população infantil. Sob esse ponto de vista, verificou-se que os fatores de estresse presentes nas crianças não são os mesmos que os observados em adultos, visto que o desenvolvimento e o funcionamento cognitivo das crianças e dos adultos apresentam funcionamento distinto (RYAN-WENGER, 1992).

A partir disso, esta pesquisa vem clarificar que as crianças com sinais preditivos para o TDH (predominantemente Hiperativo/Impulsivo), presentes nas séries iniciais do Ensino Fundamental, tendem a apresentar dificuldade em superar estressores, já que, de acordo com Raimundo (2006, 2006), existe como variável negativa o conflito entre pares, além de a escola ser o primeiro ambiente de socialização da criança, fora do ambiente familiar (LIPP et al., 2001).

Este ambiente, ao mesmo tempo em que é socializador pode ser gerador de estresse, em decorrência das exigências impostas, sendo essas crianças, de certa forma, obrigadas de se adaptar. Porém, os indicativos do estresse não agem em todas as crianças de maneira

uniforme, isso porque os eventos são vivenciados de maneira única, podendo ser vistos como estressores ou não. Daí a relevância não só da busca por mecanismos defensivos, psicologicamente adaptativos, como também a prevenção da instalação dos sintomas, visando proteção a essas crianças. Mas, para isso, há necessidade de novos estudos, devido à escassez destes a respeito do estresse infantil (LIPP, 2000, 2002).

Essa busca por mecanismos defensivos é caracterizada por estratégias de enfrentamento, as quais acarretam mudanças cognitivas e esforços comportamentais conscientes. Esse processo é capaz de guiar as pessoas em situações diante da perda da homeostase, entre as exigências a que estão submetidas e os recursos que possuem diante situações indutoras de estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, SANTOS; CASTRO, 1998). As estratégias de enfrentamento utilizadas pela criança diferem entre si, pois os eventos geradores de estresse são vivenciados de forma distinta pelas crianças, tendo como base características e competências individuais para lidar com a situação problemática (RYAN-WENGER, 2000).

Wills (1986) verificou que a variabilidade e a diversidade de tipos de enfrentamento aumentam com a idade. As pesquisas demonstram que as competências cognitivas envolvidas no confronto emocional tendem a ser mais sofisticadas e só emergem no fim da idade escolar, quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação (BARROS, 2003). Os resultados desta pesquisa justificam essa explanação ao explicitar que os sinais preditivos para o TDAH e subtipos vêm, juntamente com a variável idade, descrever o enfrentamento no infante.

Nesse sentido, é possível inferir que independentemente da idade, é preciso levar em consideração os sinais preditivos para o TDAH e subtipos ao se trabalhar com essa população. Deste modo, tem-se como hipótese que muitas das crianças com menos idade (7 e 8 anos) também se utilizam de um rol de estratégias de enfrentamento. Em comparação com as crianças mais velhas (9 e 10 anos), as quais deveriam fazer uso de maior gama de estratégias, o resultado ficou restrito ao mesmo índice das crianças de menor idade.

Apesar de a variável idade ser relevante para prever as condições em que a criança tem de enfrentar a situação e de optar por um tipo de estratégia ou outra, não pode ser considerado um fator suficiente para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao estresse. Isso porque ainda são restritos os estudos a respeito do que torna o indivíduo com TDAH e subtipos menos vulnerável, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que elucidem os mecanismos e as características que fazem com que o TDAH e subtipos tenham um impacto menos negativo sobre a vida das crianças a que ele acomete.

Para se chegar a um modelo explicativo mais completo e abrangente do processo de *coping*, seriam necessários estudos investigativos mais específicos em relação aos tipos de estressores que ocorrem durante a infância, bem como os diferentes efeitos destes estressores nos processos de *coping*. Isso poderia contribuir para maior compreensão do processo de *coping*, enfatizando o tipo de estressor específico que gera a situação, tendo em vista que a criança responde de forma diferente a diferentes tipos de eventos e procura, por meio de suas estratégias, uma adaptação ao ambiente social. Assim, pode-se entender que não existem respostas adaptativas universais, adequadas para todos os indivíduos, em todas as situações e em todo o tempo.

Como evidenciado por Rohde et al (2004), este trabalho explana que, devido às cobranças de respostas que são exigidas da criança pelo meio escolar, existe a necessidade de intervenções tanto com professores como com as crianças com sinais preditivos para o TDAH e subtipos, de modo a ensinar estratégias adaptativas para que ambos possam enfrentar com êxito os aversivos encontrados no contexto escolar, conseqüentemente, emitindo comportamentos adequados.

Portanto, os resultados da pesquisa mostram que é preciso, primeiramente, analisar o ambiente em que a criança emite os sinais preditivos para o TDAH e subtipos, isso porque dependendo do aversivo presente, a mesma criança pode enfrentar tanto de forma Assertiva, Agressiva como Passiva. Por isso, a discordância na pesquisa entre os estilos de confronto versus os sinais preditivos para o TDAH e subtipos, enunciados na primeira parte desta seção, e os estilos de confronto versus aversivo em vários contextos.

REFERÊNCIAS

ALTSHULER, J. L.; RUBLE, D. N. Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. **Child Development**, n. 60, p. 1337-1349, 1989.

AMIRKHAN, J. H. Criterion validity of a coping measure, **Journal of Personality Assessment**, n. 62, p. 242-261, 1994.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. A evolução do conceito de *coping*: uma revisão teórica, **Estudos em Psicologia**, n. 3, p. 273-294, 1998.

APA (American Psychiatric Association DSM-IV-TR), Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington, DC: Author, 2000.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. Washington, DC: Author, 2002.

BAND, E. B.; WEISZ, J. R. How to feel better when it feels bad: children's erspectives on coping with everyday stress, **Developmental Psychology**, n. 24, p. 247-253, 1988.

BARBARESI, W. J. et al. Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians, **Archive of pediatric and adolescent medicine**, n. 160, p. 1167-1175, 2006.

BARKLEY, R. A. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: MASH, E. J. & BARKLEY, R. A. (Orgs.), **Treatment of childhood disorders**. v. 2, p. 55-110) New York: Guilford, 1997.

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

_____. **Taking charge of ADHD**. New York: The Guilford, 2000.

_____. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: _____. **Manual para diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre. Artmed, 2008.

BARROS, L. **Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. 2. ed. Lisboa: Climepsi editores, 2003.

BELLÈ, A.; H.; CAMINHA, R. M. Grupoterapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico, **Rev. bras. ter. cogn.**, dez. 2005, v.1, n. 2, p.103-114. ISSN 1808-5687.

BIEDERMAN, J. et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder, **Am J Psychiatry**, n. 150, p.1792-1798, 1993.

_____. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample, **J Am Ac Child Adolesc Psychiatry**, n. 37(3), p. 305-313, 1998.

BIGNOTTO, M. M. **Stress e suas fontes na ontogênese e manutenção da obesidade infantil**. 1997. Dissertação (Mestrado) não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1997.

BOEKAERTS, M. Coping with stress in childhood and adolescence. In: ZEIDNER, M; . ENDLER, N. S. (Orgs.), **Handbook of coping**. New York: Wiley. 1996, p. 452-484.

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.

CABRAL, A, C. Q. **Estresse e raiva de mães hipertensas e normotensas e o estresse de seus filhos**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC – Campinas. Campinas, SP: 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CARNIER, L. E. **Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: estabelecendo relações**. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado) - Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

CARRASCO, M. C. T. **Hiperatividade**: como trabalhar em sala de aula. Trabalho apresentado à UNESP como requisito para conclusão do curso. Bauru, 2002.

CARVALHO, V. A. A questão do câncer. In: **Psicossoma I**: psicanálise e psicossomática. FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 177-195.

CAUSEY, D.; DUBOW, E. Development of a self-report measure for elementary school children, **Journal of Clinical Child Psychology**, n. 21 (1), p. 47-59, 1992.

CHRONIS, A. M, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder, **Dev Psychol**, n. 43(1), p.70-82, 2007.

CIASCA, S. M.; RODRIGUES, S.; SALGADO, C. A. TDAH: **T transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

COLL, C.; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v. 3.

COMPAS, B., DAVIS, G., FORSYTHE, C., & WAGNER, B. Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the adolescent perceived events scale, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, n. 55(4), p. 534-541, 1987.

COMPAS, B.; MALCARNE, V.; FONDACARO, K. Coping with stressful events in older children and young adolescents, **Journal of Consulting and Clinical Research**, n. 56(3), p. 405-411, 1988.

COSTA Jr., A. L. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: DESSEN, M. A.; COSTA Jr, A .L. (Orgs). **A Ciência do desenvolvimento humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 171-189.

COSTA, A.; KANAREK, D. Hiperativo ou mal-educado? **Crescer**, São Paulo, n. 152, p. 31-33, 2006.

CÓLON, E. M. R. **Estrategias para el manejo de conducta de hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad**: adiestramiento a padres de la Universidade de Puerto Rico. 2001. Tese (Doutorado) - Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico, 2001.

COUTINHO et al. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira, **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2009.

CUNNIGHAN, C. E; BOYLE, M. H. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates, **Journal of Abnormal Child Psychology**, n. 30(6), p. 555-569, 2002.

CYPEL, S. **Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas**. 3. ed. São Paulo. Lemos Editorial, 2007.

DELL'AGLIO, D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. 2000. Tese (Doutorado) não publicada - Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DELL'AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes, **Estud. psicol.** (Natal) [online]. v.7, n. 1 [cited 2010-06-10], p. 5-13, 2002.

DELL'AGLIO, D. D. O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento, **Temas em Psicologia**, n. 11(1), p. 38-45, 2003.

DEL PRETTE, A.; Del PRETTE, Z. A. P.; & BARRETO, M. C. M. Habilidades sociales en la formación del psicólogo: análisis de un programa de intervención, **Psicología Conductual**, n. 7, p. 27-47, 1999.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ.: Vozes, 2005.

DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. de O. S. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH): orientações para a família, **Psicol. esc. educ.**, June, 2007, v.11, n.1, p.165-176. ISSN 1413-8557.

DSM-IV **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ENDLER, N.S.; PARKER, J.D.A. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). In: _____. **Manual Second Edition**. Toronto: Multi-Health Systems Inc, 1999.

FICHTNER, N. (Org.). **Transtornos mentais da infância da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FLEITLICH, B. W. A. Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross-sectional survey, **Br med**, 2001.

FLEITLICH, B. W. A. Saúde mental nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar?, **J Bras Psiquiatr**, 2005.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, L. R. An analysis of coping in a middle-age community Sample, **Journal of Health and Social Behavior**, n. 21, p. 219-239, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it Changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination, **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 48, p. 150-170, 1985.

GADOW et al. Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, n. 45(6). p. 1135-1149, 2004.

GHERPELLI, J. L.; REED, U. C. Distúrbio do déficit da atenção e hiperatividade (DDAH). In: _____. **Guia de atualização terapêutica**, 1997.

GOULDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.

GOMES, M. et al. Conhecimento sobre transtorno do déficit de atenção hiperatividade no Brasil, **J Bras Psiquiatr** . n. 56(2), p. 94 -101, 2007.

GOULART Jr.; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 847-857, 2008.

GRAEF, R. L.; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), **Psicologia USP**, São Paulo. jul/set., n. 19 (3), p. 341-361, 2008.

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.

GUIMARÃES, K. B. S. Incidência de estresse e formação médica, **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 5, 2006.

GUARDIOLA, A.; FUCHS, F.D.; ROTTA, N. T. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. **Arq Neuro**, v. 58, n. 2B, p.401-407, 2000.

GRUNSPUN, H. **Distúrbios psicossomáticos da criança**. São Paulo: Atheneu, 1980.

HAVEY, J. M. A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD, **Sch Psychol Int**, n. 28, p. 46-52, 2007.

KARRAKER, K. H. & LAKE, C. Normative stress and coping processes in infancy. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. **Life-Span developmental psychology**: perspectives on stress and coping. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.

KEOWN, L. J.; WOODWARD, L. J. Early parent–child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity, **Journal of Abnormal Child Psychology**, n. 30, p. 541–553, 2002.

KUNRATH, L. H; WAGNER, A.; JOU, G. Y de. A educação dos filhos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que fazer?, **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 235-250, 2006.

LAZARUS, R.; FOLKNAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LEME, S. O. et al. Stress in children and their performance at school: evaluation of children from the 1st to 4th grade of a public school in São Paulo city. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, SP., v. 20, n. 1, Apr. 2003.

LIMA, L., LEMOS, M. S. & GUERRA, M. P. Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa, **Análise Psicológica**, n. 4 (XX), p. 555-570. Portugal, 2002.

LIPP, M. E. N. & ROMANO, A. S. F. O stress infantil, **Estudos de Psicologia**, n. 4, p. 42-54, 1987.

LIPP M. E. N. et al. **Como enfrentar o stress infantil**. São Paulo: Ícone, 1991.

LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. M. **Escala de estresse infantil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. Validação do inventário de estresse infantil. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 12, n. 1, 1999.

LIPP, M. E. N. O stress da criança e suas consequências. In Marilda, E. N.; Lipp (Org.). **Crianças estressadas: sintomas, causas e soluções**. Campinas, SP.: Papirus, 2000.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LIPP, M. E. N.; ARANTES, J. P.; BURITI, M. S. et al. O estresse em escolares, **Psicol. educ.** [online]. jun. 2002.

LIPP, M. E. N. Stress emocional: esboço da teoria de “temas de vida”. In: _____. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas, SP.: Papirus, 2004, p. 17-31.

LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. Escala de estresse infantil. In: **ESI: manual**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LISBOA, C. et al. Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, n. 15 (2), p. 345-362, 2002.

LOSOYA, S., EISENBERG, N.; FABES, R. A. Developmental issues in the study of coping, **International Journal of Behavioral Development**, n. 22, p. 287-313, 1998.

MATTOS, P. et al. Neuropsicologia do TDAH. In: ROHDE, L. A. & P. MATTOS (Orgs.), **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 63-73.

MATTOS, P. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prática clínica, **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2007.

MANNUZZA S. et al. Accuracy of adult recall of childhood attention hyperactivity disorder, **Am J Psychiatry**, n. 159, p.1882-1888, 2002.

MILLER, S. M. Predictability and human stress: toward clarification of evidence and theory, **Advances in experimental social psychology**, n. 14, p. 203-255, 1981.

MORAES, E.; ENUMO, S. R. F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado, **PsicoUSF**, Itatiba, v.13, n. 2, dez. 2008.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia: saúde & doença**, Lisboa, Pt, v. 3, n. 1, p. 23-41, 2002.

MYERS, D. **Introdução a psicologia geral**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de estresse, **Ensaio e Ciência**, v. 1, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, C. G.; ALBUQUERQUE, P. B. Diversidade de resultados no estudo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, **Psic.: teor. e pesq.**, Brasília, v. 25, n. 1, mar. 2009.

PAIANO, M. et al. Distúrbios de conduta em crianças do ensino fundamental e sua relação com a estrutura familiar, **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online], 2007.

PHELAN, T. W. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

PEREIRA, M. I. W. **Dor abdominal psicogênica e stress infantil**. 1996. Dissertação (Mestrado) não publicada - Pós-Graduação em Psicologia Clínica. PUC Campinas, SP, 1996.

PETERSON, L. .Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, n. 57, p. 380-387, 1989.

PETRY, A. Hiperatividade: características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades. **Professor**, Porto Alegre, abr., p. 47-48, jul/set, 1999.

RAIMUNDO, R.C. P.; PINTO, M. A. P. M. **Peer conflict and coping strategies in children and adolescents, with and without aggressive behaviors, in the school context**. Comunicação apresentada no 9th European Congress of Psychology, Granada, Espanha, 2005.

_____. Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar, **Aletheia**, n. 24, p. 9-19, 2006.

REGALLA, M. A.; GUILHERME, P. R.; SERRA-PINHEIRO, M. A. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, **J. bras. psiquiatr.** [online]. v. 56, 2007.

RIBEIRO, J. L. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto, 2005.

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

RILEY, A.W. et al. Factors related to health-related quality of life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment, **Eur Child Adolesc Psychiat**, n.15(1), p.38-45, 2006.

RODRIGUES, O. M. P. R.; ROSSI, L. R. **Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH**: versão para pais, professores e observação. Bauru: Ed. UNESP, 2008.

ROHDE, L. A. P.; KETZER, C. R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: FICHTNER, N. (Org.). **Transtornos mentais da infância e da adolescência**: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ROHDE, L. A. P. et al. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

ROHDE, L. A. P.; 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, 2006. Cap. 24, p. 365-373.

RYAN-WENGER, N. Development and psychometric properties of the schoolagers' coping strategies inventory, **Nursing Research**, n. 39(6), p. 344-349, 1990.

_____. A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development, **American Journal of Orthopsychiatry**, n. 62, p. 256-263, 1992.

RYAN-WENGER, N.; SHARRER, V.; & WYND, C. Stress, coping and health in children. In: V. H. RICE (Ed). **Handbook of stress, coping and health**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 265-293.

SANTOS, A. M; CASTRO, J. J. **Stress:** análise psicológica, v.4, n.16, p. 675-690, 1998.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping), **Revista Psiq. Clin.** v. 26, n. 2, p. 57-63, 1999.

SELYE, H. **Stress a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. 2. ed. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 2002.

SKINNER, E. & WELLBORN, J. Children's coping in the academic domain. In: WOLCHIK, S. A. & SANDLER, I. N. (Eds), **Handbook of children's coping:** linking theory and intervention. New York: Plenum Press, 1997. p. 387-422.

SKINNER, E.; EDGE, K.; ALTMAN, J.; SHERWOOD, H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping, **Psychological Bulletin**, n. 129 (2), p. 216-269, 2003.

STILL, G. F. **Some abnormal psychical conditions in children**. Lancet, 1902.

SZOBOT, C et.al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 32-37. Supl 1, 2001.

THAPAR et al. Refining the attention deficit hyperactivity disorder phenotype for molecular genetic studies, **Molecular Psychiatry**, n. 11, p. 714-720, 2007.

TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade**: como lidar? 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRICOLI, V. A. C. **Stress e aproveitamento escolar em crianças do primeiro grau: sintomas e fontes**. 1997. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. 1997.

TRICOLI, V. A. C. A criança e a escola. In: LIPP, M. N.P. (Org.). **Crianças Estressadas**: causas, sintomas e soluções. Campinas, SP.: Papirus, , 2000. p. 123-148.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de Atenção/hiperatividade numa escola pública primária, **Arq. Neuropsiquiatr.**, n. 61(1), p. 67-73, 2003.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology, **Journal of abnormal psychology**, n. 103(1), p. 44- 50, 1994.

VILELA, M. **Sintomas e fontes de stress em uma amostra de escolares**. 1995. Dissertação (Mestrado) - PUCCAMP: Campinas, SP.,1995.

VITOLO, Y. L. C.; FLEITLICH-BILYK, B; GOODMAN, R. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares, **Rev. Saúde Pública**, 2005.

WAIDMAN, M. A. P; STAMM, M. Família e saúde mental, **Ciênc, cuid. saúde**, 2003.

WILLS, T. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance abuse in urban school samples, **Health Psychology**, v. 5, p. 503-529, 1986.

APÊNDICE A – Carta de informação ao sujeito da pesquisa

Procurou-se, por meio do projeto “Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento de meninos com sinais preditivos para o TDAH”, verificar a possibilidade de se conhecer as estratégias utilizadas por essas crianças frente às condições consideradas adversas no ambiente escolar.

Para o desenvolvimento da pesquisa, será aplicado protocolo de avaliação em pais e professores de crianças que apresentem queixa sobre a possibilidade do TDAH (no ambiente escolar e familiar), e para detectar os indicativos de estresse nessas crianças, no ambiente escolar. Ainda, serão realizadas entrevistas com as crianças com o intuito de detectar as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas e se funcionam como facilitadoras ou não do enfrentamento dos estressores encontrados no contexto escolar.

Com a realização do projeto, a população em questão poderá se beneficiar diretamente por meio de esclarecimentos a respeito do TDAH ao cuidador e aos professores, o que pode contribuir para uma melhora na relação destes com a criança e da criança com as adversidades encontradas no contexto escolar.

Durante o desenvolvimento da pesquisa os participantes, bem como seus familiares, receberão respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Haverá, por parte do participante e/ou familiares, liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

A identidade dos participantes será mantida em sigilo, sendo ela de caráter confidencial.

As informações obtidas durante o estudo serão constantemente atualizadas.

Nome do sujeito responsável:

Assinatura do sujeito responsável:

Nome da pesquisadora responsável: Cássia Amélia Gomes

Assinatura da pesquisadora responsável:

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável por * _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, dos procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: “Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento de meninos com sinais preditivos para o TDAH” realizada por: Cássia Amélia Gomes nº do Conselho: 01/15565 sob orientação da Dra: Tânia Gracy Martins do Valle nº do Conselho: 06/6047.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 30 do Código de Ética Profissional do Psicólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
ou responsável

Assinatura da Pesquisadora

Nome da Pesquisadora Responsável: Cássia Amélia Gomes

Endereço do Pesquisador Responsável: Rua Anapolina, 1915

Cidade: Cacoal Estado: S.P. CEP:

Telefone: (69) 9919-6303

E-mail: cassia_psync@yahoo.com.br

Endereço Institucional: Universidade Estadual Paulista- Júlio de Mesquita Filho

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

APÊNDICE C – Schoolagers' Coping Inventory Scale de Ryan-Wenger (SCSI)

O *Schoolagers' Coping Inventory Scale* (SCSI) avalia a frequência de ocorrência das estratégias de *coping*, leva cerca de quinze minutos para ser aplicado, sendo constituído por 26 itens com resposta do tipo Likert, numa escala de 0 a 3, que avalia a frequência de utilização de diferentes tipos de estratégias durante a ocorrência de um acontecimento estressante («*Quantas vezes faz isto?*») e a sua eficácia («*Quanto é que isto te ajuda?*»). No que diz respeito à frequência, as opções de resposta variam entre: o nunca (0) e a maior parte das vezes (3), e quanto à eficácia, as respostas variam entre nunca faço isto (0) e ajuda muito (3). A cotação do instrumento é feita separadamente para a escala de Frequência e para a escala de Eficácia.

Considerando-se a escala de Frequência, também é possível obter dois tipos de resultados, um chamado escala de Frequência que se calcula por intermédio da soma de todas as respostas à pergunta «*Quantas vezes faz isto?*» e que pode variar entre 0 e 78 e um outro resultado, que indica o número de estratégias diferentes utilizadas, independentemente da frequência, e que se calcula, subtraindo ao número de itens (26) o número de respostas nunca (0). Neste último índice, os resultados variam entre 0 e 26. Já a escala da Eficácia dá indicação da eficácia percebida das suas estratégias de enfrentamento. O resultado é obtido somando as respostas dos 26 itens à questão «*Quanto é que isto te ajuda?*» e pode variar entre 0 e 78.

Desta análise resultou a elaboração das categorias de avaliação do *coping* - frequência e eficácia, definidas como: “distração cognitivo-comportamental” (afastamento ou evitamento relativamente ao estressor), de “*acting-out*” (exteriorização de afetos negativos), “ativas” (procurar lidar com os problemas ou situação estressante, centrando-se nos seus próprios recursos ou procurando ajuda exterior) e de “isolamento social” (afastamento ou evitamento de outras pessoas e realização de atividades isoladamente) (RAIMUNDO, 2005).

O SCSI revelou ainda, mediante estudos de Wenger (1990, 1991) bons índices de consistência interna nas sub-escalas de frequência e de eficácia e índices aceitáveis para cada uma das dimensões de *coping* (acima de 62), com exceção das dimensões de frequência das estratégias de “isolamento social” e da eficácia das estratégias “ativas” que apresentaram um valor mais modesto (58) (RAIMUNDO, 2005).

Por intermédio desses estudos, tomando-se como referência as estratégias de *coping* apontadas na literatura, Ryan-Wenger, (1990, 1991, 1992), por meio da análise de conteúdo das respostas apresentadas pelas crianças, classificou as estratégias em categorias. Desse modo, Ryan-Wenger (1992), em função de estudos de trabalhos empíricos sobre estratégias de *coping* na criança, identificou, inicialmente, 145 estratégias, que foram agrupadas de acordo com algumas características fundamentais comuns, sendo categorizadas em: 1) atividades agressivas, 2) comportamento de evitação, 3) comportamento de distração, 4) evitação cognitiva, 5) distração cognitiva, 6) solução cognitiva de problemas, 7) reestruturação cognitiva, 8) expressão emocional, 9) resistência, 10) busca de informação, 11) atividades de isolamento, 12) atividades de autocontrole, 13) busca de suporte social, 14) busca de suporte espiritual e 15) tentativa de modificação do estressor; descritos como:

- *Ações agressivas*: incluem ações físicas ou verbais que possam causar danos a pessoas, animais ou objetos. Englobam respostas como: manifestações de raiva, atitudes de descontrole, uso de violência física ou verbal e brigas. Exemplos: "peguei e bati nele", "eu briguei com ele, dei um chute nele".

- *Evitação*: inclui tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se longe do estressor. Refere-se a respostas como: procurar esquecer, evitar o problema, fugir da situação, ir para outro lugar, deixar o tempo passar, afastar-se das pessoas envolvidas. Exemplos: "esqueci de tudo aquilo", "eu peguei e fugi", "saí correndo e me tranquei no quarto".

- *Distração*: envolve comportamentos ou pensamentos que adiam a necessidade de lidar com o estressor, utilizando-se de respostas como: fazer coisas para não pensar no problema, jogar, assistir TV, ouvir música, brincar, sair com amigos. Exemplos: "quando acontece alguma coisa eu brinco", "fui jogar bola com meus amigos".

- *Apoio Social*: explicita comportamentos não agressivos de busca de uma pessoa por razões emocionais ou instrumentais. A busca de apoio social por razões emocionais engloba respostas como: buscar contato físico, falar com alguém, desabafar, pedir conforto. Já a busca de apoio social, por razões instrumentais, refere-se ao suporte de pessoas que possam resolver ou auxiliar na resolução do problema ou, ainda, que possam protegê-lo do estressor. Exemplos: "chamei a minha mãe", "contei pra minha vó e ela me falou umas coisas".

- *Ação Direta*: envolve comportamentos que eliminam o estressor ou modificam as características da situação estressante, por meio de respostas de resolução do conflito; enfrentando-o, pedindo desculpas, conversando, tentando encontrar uma solução, propondo

uma alteração da situação estressora, buscando consenso. Exemplos: "fiquei falando com ela pra ver a importância de um amigo", "pedi pra fazer as pazes", "pedi desculpas pra ele".

- *Inação*: neste tipo de estratégia, o indivíduo não apresenta nenhuma ação frente à situação estressante, envolvendo respostas como: não fazer nada, ficar parado, bloquear-se, não tomar nenhuma iniciativa. Exemplos: "não fiz nada", "só fiquei lá, quieto".

- *Outra*: nesta categoria se enquadram as situações em que a criança não respondeu à questão.

APÊNDICE D – Elaboração da versão portuguesa do Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI)

Lima et al (2002) desenvolveram estudo com o intuito de adaptar um instrumento válido e fidedigno, permitindo o avanço no campo dos estudos das estratégias de enfrentamento em crianças portuguesas. Procurou ainda, caracterizar as estratégias de enfrentamento na infância e pré-adolescência, examinar o seu desenvolvimento e diferenças de sexo.

Para o início dos estudos, foi obtida da autora autorização, de modo que a escala fosse traduzida da língua original – Inglês Americano – para Português e submetida a uma retro-tradução. Foi posteriormente analisada, em termos de equivalência conceptual e linguística, contando com a participação, neste processo, de vários especialistas das áreas da Língua Portuguesa, Psicologia e com ênfase na infância. Com isso, para a elaboração da versão final dos itens, foram considerados todos os aspectos assinalados relativamente a possíveis dificuldades de compreensão, ambiguidades e problemas de interpretação.

Após a conclusão da elaboração da versão portuguesa do instrumento, passou-se à sua aplicação, de modo que estudos a respeito de suas características metrológicas pudessem ser desenvolvidos. Desse modo, verificou-se que alguns itens da escala elaborada por Ryan-Wenger foram desconsiderados na elaboração da versão portuguesa, sendo os itens 2, 16, 20, 22 e 23. Isso porque os referidos itens apresentaram valores baixos, sugerindo que a interpretação que as crianças portuguesas fizeram destes itens não demonstrou consistência, em comparação com a maioria dos outros itens, dessa forma havendo a probabilidade de não avaliar o que se pretende.

Lima et al (2002), de um lado, explanam que os itens 2 e 23 referem-se a estratégias que também no estudo original foram pouco inferidas pelas crianças (por exemplo, relaxamento). Além disso, nas estratégias representadas pelos itens 16 (abandonar o local), 20 (falar com alguém), 22 (tentar esquecer) houve baixa consistência em relação aos resultados alcançados por estas.

Por outro lado, os itens 16 e 22 pretendiam avaliar a estratégia de evitamento, analisada por vários outros itens da escala, ficando assim assegurada a inclusão do evitamento na versão portuguesa. Contudo, considera-se que em investigações futuras, possa ser explorado o modo como estes itens se comportam em diferentes amostras e/ou novas formulações destes. Essa ressalva impulsionou a elaboração do questionário “Presença de

Eventos Estressores no Contexto Escola”, com o intuito de ter acesso às respostas de crianças com sinais preditivos para o TDAH diante do confronto com estressores.

Portanto, a versão final da adaptação realizada por Lima et al (2002) engloba três blocos de estratégias de enfrentamento – fator 1, 2 e 3. O fator 1 é constituído por 10 itens, o qual descreve estratégias de *coping* que podem ser denominadas de distração cognitiva e comportamental: comer ou beber (item 9); andar, correr ou andar de bicicleta (item 24); entreter-se com algum trabalho em casa (item 7); desenhar, escrever ou ler qualquer coisa (item 8); pensar em coisas boas (item 5); dormir, tirar uma soneca (item 18); jogar um jogo (item 14); ver TV ou ouvir música (item 25); rezar (item 15); fazer carinho em animal ou brincar com algum brinquedo de pelúcia ou boneca.

Os itens do fator 2 referem-se a formas de lidar com estressores geralmente descritos como comportamentos de *acting out*, ou de exteriorização de afetos negativos. Incluem: gritar ou berrar (item 26); ficar furioso (item 11); implicar com alguém (item 13); lutar com alguém (item 10); bater, atirar ou quebrar coisas (item 12).

O fator 3 constitui-se de estratégias que podem ser descritas como ativas, as quais incluem formas de a criança lidar com o problema que se centram em recursos próprios na tentativa de o resolver, ou seja, que ela pensa ou faz por si só. Estas estratégias diferenciam-se das pertencentes ao fator 1 pelo fato de a criança se manter em confronto com o problema, aparentemente buscando uma solução. Já as do fator 1 explicitam um afastamento da situação estressora. Os itens são: *falar comigo mesmo (item 19); pensar acerca disso (item 21); fazer alguma coisa para resolver o problema (item 6); chorar ou ficar triste (item 4); ficar sozinho, comigo mesmo (item 1); quando a culpa foi minha, pedir desculpa ou dizer a verdade (item 17).*

Dentre as estratégias de enfrentamento é possível identificar ainda dois conjuntos - centradas nas emoções e outro proativo, para a resolução de problemas. As estratégias centradas na emoção são classificadas como: estratégias de distração cognitiva e comportamental; envolve aspectos (cognitivos e comportamentais) dirigidos no sentido de evitar o estressor. A estratégia de rezar pode ser considerada como um recurso automático utilizado em situações difíceis, da mesma forma que se recorre a outras formas de distração como: desenhar, escrever, dormir ou comer.

As estratégias centradas no problema incluem as estratégias ativas, representadas por comportamentos voltados para a reflexão, sendo estratégias ativas internas tais como: pensar no problema ou falar comigo mesmo.

Lima et al (2002) em seus estudos para a adaptação do *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* – SCSI verificaram quais eram as estratégias mais utilizadas pelas crianças ou não, além das que eram mais ou menos escolhidas por determinadas idades. Entre as estratégias que a maior parte utiliza, segundo aplicação em crianças portuguesas estão: *pedir desculpa ou dizer a verdade* (98,5%), *ver TV ou ouvir música* (95,4%), *pensar em coisas boas* (95,4%), *pensar acerca disso e fazer alguma coisa para resolver o problema* (ambos com 93,9%), *desenhar, escrever ou ler qualquer coisa* (88,8%).

Além disso, as consideradas pela criança como muito eficazes, como ajudando muito, foram: *pedir desculpa* (71,1%), *pensar em coisas boas* (53,8%), *desenhar, escrever ou ler qualquer coisa* (45,7%). Já as estratégias menos utilizadas são: lutar com alguém (69,5% das crianças diz nunca utilizar esta estratégia), *bater, atirar ou quebrar coisas* (69%), e *gritar ou berrar* (51,8%).

Lima et al (2002) explicitam ainda que, ao realizar o cruzamento das respostas aos referidos itens, relativamente à frequência em que são utilizadas e eficácia, com a idade dos sujeitos, verificou-se que as estratégias preferidas das crianças eram as mesmas para todas as idades, não havendo diferenças significativas em função desta variável. Após a realização do estudo da adaptação da SCSI, Lima et al (2002) afirmam que a versão portuguesa do instrumento possui qualidades psicométricas satisfatórias.

APÊNDICE E – Questionário *Presença de eventos aversivos no contexto escolar*

Bloco A – Ambiente Escolar

1. Você tem amigos na escola? Como é a relação com eles e por quê?
2. Você gosta da sua escola? Por quê? Como se sente na escola?
3. O que mais o chateia na escola? O que você faz diante disso?
4. Costuma colocar apelido nos colegas? Por quê?
5. Alguém o chama por algum apelido? Você gosta? Como reage quando isso acontece?
6. Você já foi mandado para a diretoria? Qual o motivo? Como reagiu?
7. Quando você encontra alguma dificuldade na escola como você reage?

Bloco B – Ambiente de sala de aula

1. De quais aulas você gosta? Por quê? O que faz durante a aula?
2. Há aulas de que você não gosta? Por quê? O que faz durante a aula?
3. Como é seu professor? O que faz na presença deste?
4. Quando comete algum erro ou não entende a matéria, como seus professores reagem?
O que você faz?
5. Quais as situações em sala de aula que mais o chateiam? E no recreio? O que você faz diante disso?
6. Se você tivesse que mandar um recado ao seu(ua) professor(a), o que diria?
7. Quando não consegue entender o que é explicado pelo professor, o que você faz?

Bloco C – Sintomas do TDAH: hiperatividade, impulsividade e desatenção

1. Quando não está prestando atenção em alguma aula, o que costuma pensar?
2. Consegue ficar parado por muito tempo? Faz alguma coisa para não ficar parado?
3. Quando tem de ficar calado, como se sente? O que você faz?
4. Porque você acha que não consegue ficar parado ou calado?
5. Você tem dificuldade em ler e/ou escrever? O que você faz com relação a isso?
6. Você tem dificuldade em acompanhar o ritmo dos outros alunos em relação às atividades dadas em sala de aula? O que você faz?

7. Você tem dificuldade em esperar sua vez: para ir ao banheiro, fila para sair para o recreio, sua vez para responder...? O que faz quando passa por essa situação?
8. Gosta de conversar, mexer com o colega durante a aula? Quando isso acontece, como o colega e o professor reagem? O que você faz diante disso?

APÊNDICE F – Estratégias diante da presença de eventos estressores no contexto escolar

SUB-CATEGORIAS

DEFINIÇÃO E INDICADORES

Estratégias de *Acting Out*: descrevem formas de lidar com estressores geralmente designados como comportamentos de *acting out*, ou de exteriorização de afetos negativos.

ATIVIDADES AGRESSIVAS	Atividades verbais ou motoras que podem machucar pessoas, animais ou causar dano em objetos – Brigar, bater jogar algo o chão.
EXPRESSÃO EMOCIONAL	Exteriorização de afetos. Sinaliza comportamentos que vão para além do agressivo, motor e das atividades verbais que exprimem sentimentos e emoções – Chorar, ficar triste, gritar, ficar furioso.

Estratégias de Fuga/Esquiva: tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se longe do estresse; referem-se a respostas como: procurar esquecer, evitar problema.

DISTRAÇÃO COMPORTAMENTAL/COGNITIVA	Tentativas comportamentais de se manter longe do estressor – Jogar um jogo, conversar com um colega, andar, correr, desenhar. Cognitiva: tentativas cognitivas para manter os pensamentos longe do estressor - pensar em coisas boas.
APOIO ESPIRITUAL	Comportamento que sugere um apelo a um ser superior – Rezar.
EVITAMENTO COMPORTAMENTAL/COGNITIVO	Comportamento para além do isolamento que constitui uma tentativa deliberada de se manter a si próprio longe do estressor – Dormir, faltar à aula, Cognitivo: tentativas cognitivas de evitar tomar conhecimento da existência do estressor - tentativa de esquecer o assunto
ATIVIDADES DE ISOLAMENTO	Comportamento que serve para separar o indivíduo da presença de outros – Ficar sozinho

Estratégias de Ação: incluem formas de a criança lidar com o problema que se centram em recursos próprios na tentativa de o resolver, ou seja, que ela pensa ou faz por si só. A criança se mantém em confronto com o problema, aparentemente buscando uma solução.

SUPORTE SOCIAL	Comportamento não agressivo que envolve procurar a presença de um indivíduo – Falar com outra pessoa
AUTOCONTROLE	Tentar relaxar, ficar calmo
RESOLUÇÃO COGNITIVA/COMPORTMENTAL DE PROBLEMAS	Pensamentos, comportamentos centrados em formas de modificar, prevenir ou eliminar o estressor – Pensar acerca disso, emissão de comportamentos adequados. Assertivos
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	Pensamentos que alteram a percepção do indivíduo acerca das características do estressor – Falar comigo mesmo.

Fonte: LIMA, L. *Estudo das qualidades psicométricas do Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI)*

APÊNDICE G – Estudo piloto

Para avaliar a fidedignidade do instrumento construído, realizou-se um estudo piloto com nove meninos, com idades variando entre 6 e 9 anos, diagnosticados previamente com sinais preditivos para o TDAH. Esta fase do estudo teve o intuito de verificar se as respostas referentes às questões seriam suficientes para elucidar classes de respostas emitidas pela criança, referentes a estressores presentes no ambiente escolar extra-classe (pátio, parquinho), os estressores presentes em sala de aula e os próprios sintomas do TDAH como estressores. Além disso, se a topografia das respostas teria relação com a emissão de comportamentos de enfrentamento.

O instrumento é composto de questões que abordam situações presentes no contexto escolar, as quais podem ser eliciadoras de comportamentos inadequados, em decorrência de as crianças apresentarem sinais preditivos para o TDAH. Dessa forma, pretendeu-se através dele ter acesso às classes de respostas emitidas pela criança com sinais preditivos para o TDAH diante de contingências reforçadoras para comportamentos de hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção.

O presente instrumento consta de três blocos de questões, sendo *bloco A* referente a aversivos existentes no ambiente escolar extra-classe (pátio e parquinho); o *bloco B* que se refere ao ambiente de sala de aula como aversivo, e o *bloco C*, cujos aversivos são os próprios sintomas do TDAH: hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Sendo assim, por meio do acesso às classes de respostas emitidas diante das três categorias de aversivos, elucidadas nos blocos A, B e C, foi possível conhecer as estratégias que as crianças, com sinais preditivos para o TDAH, utilizaram para enfrentar as contingências reforçadoras.

Para a aplicação do instrumento, a criança deveria responder às questões para as quais não há um tempo determinado. As respostas foram categorizadas, utilizando-se das adaptações feitas por Lima et al em 2002, e re-adaptadas para o desenvolvimento do presente instrumento.

São descritas como: estratégias de fuga/esquiva - distração comportamental e cognitiva, apoio espiritual, evitamento cognitivo e comportamental e atividade de isolamento; estratégias de *acting out* – atividade agressiva, expressão emocional e estratégias de ação – suporte social, autocontrole, resolução comportamental e cognitiva de problemas, reestruturação cognitiva.

Em seguida, classificaram-se os estilos de confronto, em três grandes categorias:

Passivo – são utilizadas estratégias de fuga/esquiva, a qual se traduz pelo desligamento mental, na busca de atividades que desviem a atenção do estressor; a criança emite comportamentos que a afaste, ou afaste o estímulo aversivo de um contato direto.

Agressivo – comportamentos de *acting out* em termos de enfrentamento. Dessa forma, frente a situações desagradáveis, que ocasionam tensão emocional, as ações agressivas desviam-se do foco perturbador original e geram alívio perante a sensação aversiva por meio da descarga de agressividade. É um comportamento considerado como funcional em termos cognitivos e comportamentais, porém, repercute em prejuízo físico e/ou psicológico ao próprio indivíduo ou a terceiros.

Assertivo – expressão de pensamentos, comportamentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas. São estratégias de ação, por intermédio das quais a criança entra em confronto com o estressor no sentido de resolução.

As respostas, cujo conteúdo não se adequou à categorização elaborada, foram desprezadas.

ANEXO A – PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA TDAH – versão para pais, professores e observação

1 Autores

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues¹ e Liene Regina Rossi

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

2 Introdução

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (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” (BARKLEY, 2002, p. 35). Ele persiste durante o desenvolvimento da criança, ocorrendo em diversas situações, prejudicando a capacidade da criança em responder as demandas solicitadas para a sua idade.

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).

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 et al., 2006).

É de causa desconhecida havendo suposições acerca de influências genéticas que podem resultar em alterações na região frontal e suas conexões com o restante do cérebro. Considerando prevalência semelhante em diferentes regiões do mundo, fica descartada a presença do TDAH relacionado a práticas parentais ou a influências sociais (BARKLEY, 2002). Por falta de evidências físicas, o diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico (ROHDE & MATTOS, 2003). O processo diagnóstico é formado pela história, observação do

¹ Doutora em Psicologia Experimental pelo IP/USP/SP, Mestre em Educação Especial pela UFSCar, professora do Departamento de Psicologia e do Curso de Pós-graduação em psicologia do desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru.

² Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru, com Aprimoramento em Psicologia Clínica aplicada à Neurologia Infantil do Departamento de Neuropsicologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Psicóloga Clínica.

comportamento do paciente e relato de pais e professores sobre os comportamentos que a criança apresenta em casa e na escola. As escalas que descrevem os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade pretendem, no geral, medir sua intensidade de acordo com a opinião de pais e professores. A utilização de escalas e inventários já é consagrada na literatura internacional, constituindo-se em uma importante tradição durante a avaliação psicológica e diagnóstica nos casos de déficit de atenção/hiperatividade (BARKLEY, 1990).

É na idade escolar que a maioria dos pais de crianças com TDAH procura ajuda médica com queixa de dificuldades de aprendizagem, geralmente alertados pelos professores. Além disso, referem-se a outros comportamentos como agressividade, comportamento anti-social, baixa auto-estima e atitudes negativistas (GHERPELI & REED, 2007).

O DSM nas últimas décadas tem tentado definir e nomear claramente o transtorno, resultando no DSM-IV que delineou o TDAH em três subtipos e estabeleceu parâmetros para o diagnóstico: *Tipo Predominantemente Desatento*, *Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo* e *Tipo Combinado*. Cada subtipo passou a ser baseado em 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 (ROTTA, 2006). Gratez e colaboradores (2001) enfatizam que o uso de critérios bem definidos pode resultar em informações epidemiológicas confiáveis possibilitando a implantação de políticas públicas confiáveis.

Pesquisadores têm utilizado os critérios plenos do DSM-IV para diagnosticar a presença do TDAH (BAUMGAERTEL et al, 1995; ROHDE, 1999; BARKLEY, 2002; KNAPP et al, 2002; FARAONE et al., 2003; ROHDE & HALPEN, 2004).

Silvares (2000) defende o uso DSM-IV por facilitar a comunicação entre diferentes profissionais da saúde, que trabalham com desordens comportamentais passíveis de tratamento em diferentes áreas. Para Dupaul & 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).

O *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH* parte dos comportamentos e dos critérios de avaliação descritos pelo DSM-IV, porém vai além ao estabelecer sob quais

condições tais comportamentos devem ser observados. Preconiza, também, não só a identificação dos mesmos a partir do relato de pais e professores, mas também da observação dos comportamentos pelo menos em mais uma situação. O objetivo é avaliar a ocorrência dos comportamentos em pelo menos duas situações diferentes, dentro do critério de alta ocorrência definido pelo DSM-IV. A elaboração do *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH* se deu pela necessidade de um instrumento operacionalizado que aumentasse a probabilidade da identificação efetiva de um mesmo conjunto de comportamentos observados por mais de um informante, em contextos sociais diferenciados.

A relevância desse instrumento dá-se pela inexistência de escalas e/ou inventários que descrevam os comportamentos operacionalmente o que facilita a aplicação por quaisquer profissionais da saúde e educação, possibilitando o encaminhamento para diagnóstico e definição de procedimentos adequados de intervenção.

3 Descrição do instrumento

O DSM-IV (2002) define três subtipos de TDAH: TDAH predominantemente desatento (TDA) – composto por nove sintomas; TDAH predominantemente hiperativo – impulsivo (TDH) – composto, também, por nove sintomas e TDAH combinado (DAH) – composto por 12 sintomas.

Para se considerar um possível diagnóstico é necessário que a criança apresente um conjunto de sintomas (pelo menos seis de cada subtipo desatento e hiperativo-impulsivo e nove para o subtipo combinado) em, no mínimo, dois contextos (geralmente em casa e na escola), ocorrendo frequentemente por pelo menos seis meses (DSM-IV, 2002). A característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente, que ocorre igualmente em mais de um ambiente e, mais severo do que aquele tipicamente observado em crianças da mesma idade, mas que estão no nível equivalente de desenvolvimento (BENCZIK, 2000).

O *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH* prevê, então, a aplicação em forma de entrevista com o professor e com os pais (ou pelo menos um deles) e, ainda, a observação *in loco* do comportamento da criança em uma situação pré definida, além dos relatos. O professor responde sobre o comportamento da criança a partir de situações do cotidiano escolar, os pais a partir do ambiente doméstico e a observação seria feita em uma terceira situação como, por exemplo, durante a prática de um esporte ou no recreio escolar. A observação, para servir de parâmetro deverá ser feita por profissional especialmente treinado,

sem contato regular com a criança, em situação previamente definida, em termos de local, atividade realizada e duração, de forma a garantir a imparcialidade da mesma.

O *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH* elaborado nas três versões: para professores, para pais e para observação, contém três seções. O protocolo contém a descrição dos comportamentos, as condições que devem ocorrer e espaço para a anotação das respostas a partir de: se era esperado e ocorre e se era esperado e não ocorre. A Seção A – TDAH predominantemente desatento (TDA) - contém a descrição de 13 comportamentos, a Seção B – TDAH predominantemente hiperativo (TDH) - de nove comportamentos hiperativos (TDH) e a Seção C – TDAH – tipo combinado – de 12 comportamentos desatentos e hiperativos (TDAH).

4 Aplicação e forma de correção

É um material de fácil aplicação podendo ser realizado a partir das orientações constantes no protocolo. Se o professor, ao observar o comportamento do aluno suspeita de TDAH, deve, a partir do segundo mês de aula, observá-lo atentamente durante pelo menos um mês. É importante assinalar que os comportamentos devem ter sido objeto de observação há pelo menos três meses, considerando sua alta ocorrência em pelo menos três dias na semana. Cumprido este critério, em horário e local reservado e tranquilo, o professor deverá, considerando o aluno em questão, responder atentamente o *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para professores*, seguindo as orientações do mesmo.

Os espaços com informações sobre o aluno, série e professor devem ser preenchidos. Ao final da aplicação, o professor comparará suas respostas com o crivo de correção, somando os pontos para cada um dos tipos avaliados. Os pontos obtidos serão comparados com a tabela de resultados finais.

É importante considerar que, a primeira avaliação conduzida, seja junto a pais, professores ou observação, ainda não é decisória. É apenas um contexto onde o comportamento ocorre. A condução pobre da situação de sala de aula pode ser a ocasião para comportamentos disruptivos aparecerem sem que ao aluno tenha realmente TDAH. Autores têm chamado a atenção para situações em sala de aula propícias para o aparecimento de comportamentos que sugerem TDAH e resultam em baixo rendimento escolar (BENCZIK, 2000; HUBNER & MARINOTTI, 2004; ROHDE & DORNELES; COSTA, 2006).

É preciso conduzir a pesquisa para diagnóstico de TDAH em pelo menos mais um ambiente. Foi previsto a aplicação do protocolo para pais ou a observação *in loco* dos comportamentos.

A aplicação para os pais pode ser feito por iniciativa do professor que convidará os pais a responderem o *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para pais*. Dependendo da escolaridade dos pais, o professor poderá oferecer as orientações para o preenchimento e os pais lêem e assinalam as respostas ou, então, lê cada comportamento e as condições sob as quais deve acontecer e assinalam as respostas dadas pelos pais. Ao final, procede a correção e contagem dos pontos usando os mesmos critérios da correção do *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para professores*.

Se houver a disponibilidade de um profissional qualificado que possa conduzir a observação, é indicado a ele o aluno, determinando a duração da mesma, assim como o local e a atividade a ser observada. O observador procurará verificar a ocorrência ou não dos comportamentos, sob as condições descritas, naquela situação. O *Protocolo para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para observação* serve como dado confirmatório dos relatos de pais e professores, diminuindo a chance de diagnósticos equivocados de TDAH. O próprio professor poderá realizar a correção utilizando o crivo apropriado.

Para a tomada de decisões é importante considerar o número de avaliações feitas (duas ou três) e analisar se há acordo ou desacordo e, em caso de acordo se o mesmo é indicativo ou não de TDAH. O Quadro 1 mostra a relação entre três avaliações e a possibilidade de acordo e desacordo e o Quadro 2 mostra a relação entre duas avaliações e a possibilidade de acordo e desacordo.

TDA/TDH				TDAH			
Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 3	ACORDO	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 3	ACORDO
0-3	0-3	0-3	SIM, não há TDAH	0-5	0-5	0-5	SIM, não há TDAH
4-5	4-5	4-5	SIM, não há TDAH	6-8	6-8	6-8	SIM, não há TDAH
6-9	6-9	6-9	SIM, HÁ TDAH	9-12	9-12	9-12	SIM, HÁ TDAH
0-3	0-3	4-5	SIM, não há TDAH	0-5	0-5	6-8	SIM, não há TDAH
0-3	4-5	4-5	SIM, não há TDAH	0-5	6-8	6-8	SIM, não há TDAH
4-5	4-5	4-5	SIM, não há TDAH	6-8	6-8	6-8	SIM, não há TDAH
0-3	6-9	4-5	NÃO, não há acordo	0-5	9-12	6-8	NÃO, não há acordo
0-3	6-9	6-9	SIM, HÁ TDAH	0-5	9-12	9-12	SIM, HÁ TDAH
4-5	4-5	6-9	SIM, não há TDAH	6-8	6-8	9-12	SIM, não há TDAH
4-5	6-9	6-9	SIM, HÁ TDAH	6-8	9-12	9-12	SIM, HÁ TDAH

Quadro 1 – Distribuição dos pontos a cada avaliação para três delas

TDA/TDH			TDAH		
Avaliação 1	Avaliação 2		Avaliação 1	Avaliação 2	
0-3	0-3	SIM, não há TDAH	0-5	0-5	SIM, não há TDAH
4-5	4-5	SIM, não há TDAH	6-8	6-8	SIM, não há TDAH
6-9	6-9	SIM, há TDAH	9-12	9-12	SIM, há TDAH
0-3	4-5	Não, não há TDAH	0-5	6-8	Não, não há TDAH
4-5	4-5	SIM, não há TDAH	6-8	6-8	SIM, não há TDAH
0-3	6-9	Não, não há TDAH	0-5	9-12	Não, não há TDAH
0-3	6-9	Não, não há TDAH	0-5	9-12	Não, não há TDAH
4-5	6-9	Não, não há TDAH	6-8	9-12	Não, não há TDAH

Quadro 2 – Distribuição dos pontos a cada avaliação para duas delas

Os resultados obtidos em duas ou três situações, depois de comparadas, levarão a tomadas de decisões que além de envolver a criança deve modificar o seu ambiente, possibilitando a aprendizagem de comportamentos adequados e autocontrole.

DECISÕES	TDA/TDH	TDAH
Não apresenta sintomas para o transtorno	0-3	0-5
Apresenta alguns 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.	4-5	6-8
Conjunto de sintomas indicativos para o transtorno. Todavia, uma só situação não é, ainda, indicativo para TDAH. Aplique o protocolo com os pais e, também, providencie um profissional que possa conduzir pelo menos uma sessão de observação em situação fora da sala de aula, como por exemplo, o recreio. Leia sobre TDAH e sobre manejo comportamental.	6-9	9-12

Quadro 3 – Sugestões para tomada de decisões
Pesquisa que utilizou o instrumento

O Protocolo para Hipótese Diagnóstica – versão para pais, professores e observação, foi elaborado e testado na pesquisa conduzida para a Dissertação de Mestrado desenvolvida pela autora Liene Regina Rossi, orientada pela autora Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues apresentada no ano de 2008, no Programa de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, na Faculdade de Ciências, da UNESP-Bauru/SP (ROSSI, 2008).

Os Protocolos para hipótese diagnóstica para TDAH – versão para pais, professores e observação *in loco*

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	E esperado e acontece	E esperado e não acontece
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)		
10	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Começa e termina a tarefa		
11	Envolve-se em tarefas ou atividades que exigem esforço mental constante	Envolve-se num jogo, assiste a filmes pelo período exigido		
12	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		
13	Distrai-se com estímulos alheios à tarefa escolar	Deixa de fazer o que é solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.		
14	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.		
15	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	E esperado e acontece	E esperado e acontece
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	E esperado e acontece	E esperado e acontece
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

Data: __/__/__ Professor: _____ Série: _____

Nome do aluno: _____ Idade: _____

Considere a pontuação abaixo para as respostas por você assinaladas. Circule na ficha abaixo, os valores dos quadros correspondentes à resposta dada a cada questão. Ao final de cada seção, some os valores circundados e obterá a somatória de pontos para cada uma delas.

Seção A TDAH predominantemente desatento (TDA)			Seção B TDAH predominantemente hiperativo (TDH)			Seção C TDAH - Tipo combinado		
Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO	
	É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece
01	0,5	0	01	1	0	01	1	0
02	0,5	0	02	1	0	02	1	0
03	0	0,5	03	1	0	03	1	0
04	0	0,5	04	1	0	04	1	0
05	0	0,5	05	1	0	05	1	0
06	0	0,5	06	1	0	06	1	0
07	1,0	0	07	1	0	07	1	0
08	0	0,5	08	1	0	08	1	0
09	0	0,5	09	1	0	09	1	0
10	0	0,5				10	1	0
11	0	0,5				11	1	0
12	1	0				12	1	0
13	0	0,5						
14		0,5						
15	1,0							
Sub total			Sub total			Subtotal		

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 e elaboração de procedimentos específicos. 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 ocorrência ou não do comportamento sob a condição descrita.

Data: __/__/__ Professor: _____

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____ Série: _____

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
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		

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
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	Professores precisam		

	atividades diárias	lembrá-los de realizar atividades cotidianas.		
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

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

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
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		
Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
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

Data: __/__/__ Professor: _____ Série: _____

Nome do aluno: _____ Idade: _____

Considere a pontuação abaixo para as respostas por você assinaladas. Circule na ficha abaixo, os valores dos quadros correspondentes à resposta dada a cada questão. Ao final de cada seção, some os valores circundados e obterá a somatória de pontos para cada uma delas.

Seção A TDAH predominantemente desatento (TDA)			Seção B TDAH predominantemente hiperativo (TDH)			Seção C TDAH - Tipo combinado		
Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO	
	É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece
01	1	0	01	1	0	01	1	0
02	0	0,5	02	1	0	02	1	0
03	0	0,5	03	1	0	03	1	0
04	0	0,5	04	1	0	04	1	0
05	0	0,5	05	1	0	05	1	0
06	1	0	06	1	0	06	1	0
07	0	0,5	07	1	0	07	1	0
08	0	0,5	08	1	0	08	1	0
09	0	0,5	09	1	0	09	1	0
10	0	0,5				10	1	0
11	1	0				11	1	0
12	1	0				12	1	0
13	1	0						
Sub total			Sub total			Subtotal		

PROTOCOLO PARA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE TDAH**VERSÃO PARA OBSERVAÇÃO *IN LOCO*****Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues****Liene Regina Rossi**

Prezado observador,

Este material permitirá a identificação de crianças com TDAH combinado, predominantemente desatento e predominantemente hiperativo/impulsivo, para posterior encaminhamento para avaliação médica e outras providências. 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 observadas considerando comportamentos apresentados pela criança em uma situação pré definida.

Observe que, em seguida à definição dos comportamentos, estão descritas as condições sob as quais eles devem ser observados. É importante que tais comportamentos estejam ocorrendo em alta frequência (mais de três vezes na atividade), 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: __/__/__ Professor: _____

Nome da criança: _____

Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____ Série: _____

Atividade: _____

Local: _____ Duração: _____

Observações:

Seção A - TDAH predominantemente desatento (TDA)

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
01	Comete erros durante a atividade	Observar o desempenho na atividade em execução durante a observação		
02	Mantém a atenção nas orientações sobre a atividade	Quando um adulto ou colega orienta sobre a atividade		
03	Mantém a atenção no seu próprio desempenho durante a atividade	Quando realiza a atividade		
04	Mantém a atenção na atividade do colega/parceiro	Quando alguém participa ou divide com ele a atividade		
05	Mantém a atenção características do ambiente (presença de degraus, declives, objetos) ou da própria atividade (movimento dos equipamentos utilizados na atividade como por exemplo: da bola, do equipamento do parque, etc.)	Quando realiza a atividade		
06	Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra	Quando um adulto (adulto ou colega) solicita algo ou responde a solicitação		
07	É capaz de organizar-se para resolver um problema relacionado à atividade	Para continuar realizando a atividade (Ex: pegar a bola que rolou fora do campo)		
08	É capaz de organizar-se para resolver outras demandas relacionadas diretamente ou não com a atividade	Para realizar uma atividade de auto cuidado (amarrar o tênis durante a atividade)		
09	Envolve-se em atividades que exigem esforço físico durante o tempo exigido	Começa e termina a atividade		
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 atividade	Não tem o material necessário ou parte dele para realizar a atividade		
12	Distrai-se com estímulos	Deixa de fazer o que é		

	alheios à tarefa	solicitado para envolver-se com objetos ou atividades fora dela.		
13	Esquece-se de realizar atividades propostas	Adultos ou colegas precisam lembrá-los de realizar as atividades ou parte delas		
	Subtotal (atenção)			

Seção B - TDAH predominantemente hiperativo (TDH)

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

Seção C – TDAH - Tipo combinado

Nº	COMPORTAMENTO	CONDIÇÃO	É esperado e acontece	É esperado e não acontece
01	Apresenta dificuldade em terminar a atividade	Começa a 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 anteriores	Envolve-se em situações ou atividades que, anteriormente, 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	Apresenta-se cansado na atividade		
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, correr sem olhar, etc.		
10	Frustra-se com facilidade	Não aceita o falar NÃO de um adulto ou colega		
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 OBSERVAÇÃO *IN LOCO*

CRIVO PARA CORREÇÃO

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Liene Regina Rossi

Data: __/__/__ Professor: _____ Série: _____

Nome do aluno: _____ Idade: _____

Considere a pontuação abaixo para as respostas por você assinaladas. Circule na ficha abaixo, os valores dos quadros correspondentes à resposta dada a cada questão. Ao final de cada seção, some os valores circundados e obterá a somatória de pontos para cada uma delas.

Seção A TDAH predominantemente desatento (TDA)			Seção B TDAH predominantemente hiperativo (TDH)			Seção C TDAH - Tipo combinado		
Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO		Nº	PONTUAÇÃO	
	É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece		É esperado e acontece	É esperado e não acontece
01	1	0	01	1	0	01	1	0
02	0	0,5	02	1	0	02	1	0
03	0	0,5	03	1	0	03	1	0
04	0	0,5	04	1	0	04	1	0
05	0	0,5	05	1	0	05	1	0
06	1	0	06	1	0	06	1	0
07	0	0,5	07	1	0	07	1	0
08	0	0,5	08	1	0	08	1	0
09	0	0,5	09	1	0	09	1	0
10	0	0,5				10	1	0
11	1	0				11	1	0
12	1	0				12	1	0
13	1	0						
Sub total			Sub total			Subtotal		

REFERÊNCIAS

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.

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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., 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.

Rohde, L. A.& Halpern, R. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização*. J. Pediatr., v.80, n.2, 2004

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

Rotta, N. T.& Ohlweiler,L.; Riesgo, R. S. *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Silvares, E.F.M. Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil. Campinas: Papirus Editora, 2000.

ANEXO B – Autorização para coleta de dados na escola 1

 Faculdade de Ciências	 unesp Campus de Bauru	 INSTITUTO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM		

AUTORIZAÇÃO

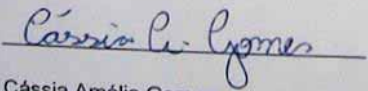
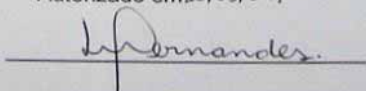
Prezada Diretora Márcia Vanusa Fernandes

Eu, Cássia Amélia Gomes, portadora do CPF 217.205.938-25, inscrição no Conselho Regional de Psicologia sob o número 06/77026, solicito de V. S. permissão para realizar coleta de dados para estudo científico, junto à E. M. E. F. Joaquim Caldas de Souza cujo objetivo é avaliar os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamentos utilizadas por crianças de 6 a 10 anos para superar adversidades encontradas no contexto escolar em decorrência da possibilidade de serem portadoras de TDAH.

A referida pesquisa consta como Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação "Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem", Universidade Julio de Mesquita Filho (UNESP) na cidade de Bauru, com o título: **"ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO CONTEXTO ESCOLAR: A POSSIBILIDADE DE TDAH COMO ESTRESSOR PARA CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS"**.guardo posicionamento e coloco-me à sua disposição para eventuais informações.

Atenciosamente

Iacanga, 19 de Março de 2009

 Cássia Amélia Gomes	Autorizado em 20/03/09,  Márcia Vanusa Fernandes Márcia Vanusa Fernandes Diretora de Escola RG: 19.667.570
--	--

ANEXO C – Autorização para coleta de dados na escola 2

 Faculdade de Ciências	 unesp Campus de Bauru	 Instituto de Psicologia do Estado de São Paulo
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM		

AUTORIZAÇÃO

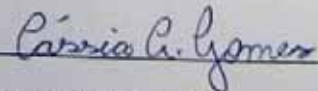
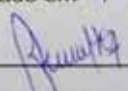
Prezada Diretora Rita de Cássia Ramos Quadros

Eu, Cássia Amélia Gomes, portadora do CPF 217.205.938-25, inscrição no Conselho Regional de Psicologia sob o número 06/77026, solicito de V. S. permissão para realizar coleta de dados para estudo científico, junto à E. M. E. F. José Ferraz de Souza cujo objetivo é avaliar os indicativos de estresse e as estratégias de enfrentamentos utilizadas por crianças de 6 a 10 anos para superar adversidades encontradas no contexto escolar em decorrência da possibilidade de serem portadoras de TDAH.

A referida pesquisa consta como Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação "Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem", Universidade Julio de Mesquita Filho (UNESP) na cidade de Bauru, com o título: "**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO CONTEXTO ESCOLAR: A POSSIBILIDADE DE TDAH COMO ESTRESSOR PARA CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS**". Aguardo posicionamento e coloco-me à sua disposição para eventuais informações.

Atenciosamente

Iacanga, 19 de Março de 2009

 Cássia Amélia Gomes	Autorizado em 20/03/09,  Rita de Cássia Ramos Quadros Rita de Cássia Ramos Quadros Vice Diretora de Escola RG. 17.187.125
--	--