



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM TEORIA E
PESQUISA DO COMPORTAMENTO**

**CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NA
AVALIAÇÃO E NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Edila Adriene Maia Robert

**Belém – Pará
Novembro/ 2005**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM TEORIA E
PESQUISA DO COMPORTAMENTO**

**CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NA
AVALIAÇÃO E NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Edila Adriene Maia Robert

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como um dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre, realizada sob a orientação da Prof.^a Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

**Belém - Pará
Novembro/ 2005**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do CFCH-UFPA, Belém-PA-Brasil)

Robert, Edila Adriene Maia

Contribuições da análise do comportamento na avaliação e no tratamento de crianças com transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade / Edila Adriene Maia Robert; orientadora, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. - 2006

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2006.

1. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade. 2. Crianças hiperativas.
3. Avaliação do comportamento. I. Título.

CDD - 20. ed. 618.928589



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Dissertação de Mestrado

“Contribuições da Análise do Comportamento na Avaliação e Tratamento de Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade”

Candidata: Edila Adriene Maia Robert

Data da Defesa: 08 de novembro de 2005

Resultado: Aprovado.

Banca Examinadora:

Eleonora Arnould

Profa. Dra. Eleonora Arnould Pereira Ferreira (UFPA), Orientadora.

Célia Maria Lana da Costa Zannon

Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon (UnB), Membro.

Olivia Misae Kato

Profa. Dra. Olívia Misae Kato (UFPA), Membro.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

Universidade Federal do Pará

Departamento de Psicologia Social e Escolar

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Orientadora

Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Membro

Profa. Dra. Olívia Misae Kato

Universidade Federal do Pará

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Membro

Profa. Dra. Sílvia Canaan-Oliveira

Universidade Federal do Pará

Departamento de Psicologia Clínica

Suplente

À minha família e meus amigos, em especial
ao meu pai-avô Armando (*in memoriam*)
e minha terapeuta e amiga Edy (*in memoriam*).

A todas as crianças e familiares
que sofrem com TDAH.

AGRADECIMENTOS

A Deus que iluminou meus caminhos nesta jornada.

A Universidade Federal do Pará, ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, representado nas pessoas dos coordenadores Prof. Dr. Luís Carlos Albuquerque e Prof. Dr. Grauben Assis.

Ao Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, aos funcionários e profissionais que direta ou indiretamente colaboraram para que este estudo se efetivasse, em especial a Dra. Helena Feio e Dra. Amira Filgueiras, do Projeto Caminhar, e Valzete Sampaio, do NUAC, pela disponibilidade e colaboração oferecidas desde o início à conclusão deste trabalho.

Aos professores do mestrado e amigos Profa. Dra. Carla Paracampo, Profa. Dra. Eleonora Arnaud, Prof. Dr. Marcus Bentes, Profa. Dra. Marilice Garotti e Profa. Dra. Socorro Aguiar, pela competência, capacidade de ensino e atualização que proporcionaram sobre a análise do comportamento, aprendi muito com vocês.

Às secretárias e amigas Carmem (pós-graduação) e Jô (clínica de psicologia) pelo carinho, preocupação, incentivo e disponibilidade em atender as minhas necessidades em minha jornada acadêmica.

Às professoras Célia Zannon, Olívia Kato e Silvia Canaan-Oliveira por terem aceitado gentilmente examinar este trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, pela competência, compromisso, disponibilidade, empenho, paciência, atenção e carinho dispensados em todos os momentos de orientação, pela amizade e por tudo o que tem me ensinado como pessoa e profissional. Acho que sem você e sem seu apoio não teria conseguido.

Às auxiliares de pesquisa Andressa, Isabela, Elizabete, que tiveram uma breve passagem neste estudo, de forma responsável e compromissada, pela amizade e carinho, e a querida Jeniffer Muniz que ficou comigo até o final, com grande empenho, disponibilidade, compromisso, responsabilidade e carinho.

A Fabiana Oliveira, Mariene Casseb, Michele Malcher, Michele Oliveira, Eveny Teixeira, Adriana Reis, Mariela Braga, Ana Cláudia, Luciane Ramos e Vivian Marchezini, pela grande amizade e coleguismo quando em nossas conversas, dividimos preocupações e experiências tentando ajudar uns aos outros, sempre prontas a apoiar.

Às minhas queridas amigas Niele, Cristina Fontella e Áurea, pela amizade, força, consideração, carinho, preocupação, incentivo, disponibilidade e efetivo apoio que me dedicaram durante essa jornada. A Áurea meu eterno agradecimento, sempre presente nos momentos mais difíceis dessa jornada, seu auxílio de diversas formas foi inestimável, seus *espinafres* foram muito bem vindos, obrigada pela acolhida e escuta.

Aos meus queridos amigos do consultório, das várias formações, Ana Cristina, Catarina, Cíntia, Daniela, Fátima, Elizabete, Nazaré, Nilda, Paula, Rachel, Wardie, Wildes e Yasmine pela amizade, acolhimento, apoio, compreensão, torcida, interesse e carinho. Em especial minha querida amiga Nilda, obrigada pela escuta, por cuidar de nós (família), mesmo em seus momentos difíceis. Eterno agradecimento por tanta disponibilidade, só você.

À Silvia por sua generosidade e incentivo no meus primeiros passos como Psicóloga, nunca esquecerei; pelo apoio, acolhimento, compreensão e amizade, embora distante, nunca esquecida.

A minha querida amiga Ília, de muitas jornadas, que sempre esteve ao meu lado, com seu carinho, companheirismo, amizade, acolhimento, me apoiando em todos os momentos difíceis, com disponibilidade, paciência e efetivo auxílio. Agradecimento eterno.

A minha família pela compreensão, orações, interesse, torcidas e carinho, as tias: Thetralda, Nilza, Edercília, Edmêe e Léa. Em especial a minha prima e amiga Celiane pelo acolhimento, força, apoio e *por ter me apresentado a Deus novamente*. Em Quem eu nunca deixei de acreditar, mas estava silenciosa com ELE.

Aos meus pais pela compreensão, força, apoio efetivo, orações, torcida e compreensão nos momentos mais difíceis. A esses minhas desculpas e agradecimento. A minha irmã Mylene e meu cunhado Alexandre pela gentileza, força, interesse e torcida. A minha irmã Mychelle pela parcial compreensão, desculpe, mas foi necessário.

A todos os meus clientes, com os quais aprendo muito.

Aos participantes e seus pais, que se disponibilizaram a fazer parte da seleção e coleta de dados, vocês foram muito importante para que eu conseguisse alcançar esse objetivo.

A todos que direta e indiretamente me apoiaram nesta jornada.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iv
Sumário de tabelas	v
Sumário de figuras	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Introdução	1
Histórico	2
Sintomatologia: comportamentos característicos do TDAH	4
Etiologia e avaliação diagnóstica	7
Tratamento	12
Contribuições da Análise do Comportamento na avaliação, no diagnóstico e no tratamento do TDAH	16
Objetivos	28
Método	29
Participante	29
Ambiente	29
Materiais e Equipamentos	29
Instrumentos	30
Procedimento de coleta dos dados	31
Procedimento de análise dos dados coletados	41
Resultados	50
Discussão	84
Referências	100
Anexos	103

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 -	Materiais selecionados de acordo com Sistema ESAR de classificação e análise de materiais lúdicos.	30
Tabela 2 -	Características da história de vida de P, segundo relatos dos pais obtidos por meio de entrevista.	51
Tabela 3 -	Histórico do diagnóstico de acordo com relatos dos pais obtidos por meio de entrevista.	52
Tabela 4 -	Resultados obtidos com a aplicação da Escala do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade versão para professores.	54
Tabela 5 -	Tarefas disponibilizadas pela TP e escolhidas ou pelo participante ou pela TP, durante cada sessão de observação direta, considerando-se o tempo utilizado em cada tarefa.	56
Tabela 6 -	Frequência absoluta e percentual dos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observados durante a seqüência do procedimento.	58
Tabela 7 -	Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de HB 1 a DRO 6' 5"15"	71
Tabela 8 -	Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 3"20"	72
Tabela 9 -	Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 0"20" 4p	73
Tabela 10 -	Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 0"20" 2p	74
Tabela 11 -	Comparação entre as respostas às perguntas da primeira parte do CBCL, obtidas na primeira (CBCL 1) e na segunda aplicação (CBCL 2).	76
Tabela 12 -	Relatos dos pais sobre comportamentos relacionados ao TDAH observados em P, obtidos na Entrevista Inicial (CBCL 1) e na Entrevista de Follow-up (CBCL 2).	79
Tabela 13 -	Práticas parentais descritas pelo pai de P durante a Entrevista Inicial	81

(CBCL 1) e a Entrevista de Follow-up (CBCL 2).

Tabela 14 - Práticas parentais descritas pela mãe de P durante a Entrevista Inicial (CBCL 1) e a Entrevista de Follow-up (CBCL 2).	82
--	----

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Linha de Base 1 e 2.	59
Figura 2 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Habituação às Regras 1 e 2.	60
Figura 3 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DR 3'10"10" 1 e 2.	61
Figura 4 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 6'5"15" 1 e 2.	62
Figura 5 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 3" 20'8p 1, 2 e 3.	63
Figura 6 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 0" 20" 4p 1 e 2.	64
Figura 7 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 0" 20" 2p 1 e 2.	65
Figura 8 - Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Avaliação da Estabilidade 1, 2 e 3.	67
Figura 9 - Comparação entre comportamentos de autocontrole e hiperatividade-impulsividade concorrentes apresentados pelo participante ao longo das sessões.	68
Figura 10 - Comparação entre comportamentos de autocontrole apresentados pelo participante referentes a Fazer perguntas e Fazer sugestões.	69

Figura 11 - Comparação entre comportamentos de autocontrole apresentados pelo participante com referência a descrever instruções. 70

Robert, E. A. M. Contribuições da Análise do Comportamento na Avaliação e no Tratamento de Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Belém -Pará, 2005. 148p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

RESUMO

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um fenômeno estudado em diversos países, composto de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, ocorre na infância podendo persistir até a idade adulta. Este transtorno causa prejuízos nas áreas acadêmicas, sociais e ocupacionais, reduz a auto-estima, pode evoluir para delinquência, uso de drogas e álcool, gera estresse nas famílias, tem alto custo financeiro e impacto social. O diagnóstico é feito com base em critérios clínicos adotados pelo DSM IV e o tratamento indicado combina farmacoterapia e psicoterapia. Considerando-se que TDAH é um transtorno de desenvolvimento de autocontrole e que estudos sugerem que autocontrole pode ser adquirido em condições de treino, torna-se relevante a realização de pesquisas aplicadas utilizando princípios da análise do comportamento, para minimizar prejuízos e contribuir para melhoria de qualidade de vida de portadores de TDAH. Este estudo objetivou verificar a eficácia do uso de esquemas de reforçamento diferencial de outro comportamento (DRO) e de atraso de reforço na instalação e/ ou aumento de comportamentos de autocontrole em um menino de 9 anos diagnosticado com TDAH, que faz uso de medicamento. O participante foi exposto ao procedimento de treino de autocontrole, realizou tarefas, durante as quais, caso se comportasse como combinado, recebia reforço. Ao final de cada sessão, trocava os reforços por brinquedos e poderia escolher reservá-los para obter reforços de maior valor. O procedimento foi dividido em sete etapas: (1) entrevista com a neuropediatra; (2) análise do prontuário e convocação; (3) entrevista inicial com responsáveis; (4) visita à escola e entrevista com professores; (5) sessões de observação direta (linha de base, habituação às regras, instalação, manutenção, *fading* e avaliação da estabilidade); (6) *followp-up*; e (7) encerramento. Realizaram-se 18 sessões de observação direta, gravadas em vídeo e transcritas para a elaboração de um sistema de categorias de comportamentos para análise. Os resultados foram analisados por meio da comparação entre relatos de entrevistas, resultados de instrumentos padronizados e categorias de comportamentos observados. Identificou-se que os comportamentos de autocontrole do participante se ampliaram e generalizaram para outros contextos, durante as sessões e em domicílio, conforme os relatos dos pais e da professora da escola atual, e registro de observação direta da terapeuta-pesquisadora. Verificou-se que a utilização de esquema de reforçamento DRO com disponibilidade limitada pode favorecer o aumento de comportamentos de autocontrole e generalizações em crianças com TDAH.

Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade-impulsividade, autocontrole, esquema de reforçamento DRO, atraso de reforço e análise do comportamento.

Robert, E. A. M. Contributions of the Behavior Analysis to Evaluation and Treatment of Children With Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. Belém-Pará, 2005. 148p. Master Thesis. Federal University of Pará. Postgraduation Program on Theory and Research of Behavior.

ABSTRACT

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a phenomenon studied in many countries. It is characterized by symptoms like inattentiveness, hyperactivity, and impulsivity. It happens in infancy but can persist until adult age. This behavioral disorder causes prejudice in the academical, social, and occupational areas. It reduces self-esteem, can lead to delinquency, to the use of drugs and alcohol. It generates stressful familial relationship and it has a high social and financial impact on the family. Its diagnosis is made by using clinical criteria of DSM IV and its treatment combines pharmacotherapy and psychotherapy. Considering that ADHD is a behavioral disorder related to the development of self-control and also considering that previous studies suggest self-control can be acquired in training conditions, it becomes relevant to make applied research using behavior analytic principles to minimize prejudice and to contribute for a better quality of life of people affected by ADHD. The objective of this study was to verify the efficacy of the use of differential reinforcement of other behaviors (DRO) and of reinforcement delay on the installation and/or increase of self-control behaviors in 9-year-old boy with diagnostic of ADHD and on medication. The participant was submitted to the procedure of self-control training. He performed tasks during which, if his behavior was as previously programmed, he received tokens. At final of every session he traded tokens in for toys. He could choose accumulate more tokens to trade them in later for more valuable toys. The procedure was divided in 7 stages: (1) Interview with a neuropsychiatric; (2) Analysis of psychological report and convocation; (3) Initial interview with responsables for child; (4) Visit to the school and interview with teachers; (5) Sessions of direct observation (baseline, habituation to instructions, installation, maintenance, fading and stability evaluation); (6) Follow-up; and (7) Last session. Eighteen sessions of direct observation have been proceeded. These sessions were recorded and their transcriptions were sorted according to categorical system of relevant behaviors to analysis. Results were analyzed through the comparison between interviews, results of standard instruments and classificatory categories extracted from directly observed behaviors. Self-control behaviors were increased and generalization these repertoires to others contexts was observed, during sessions and at the child's house, according to description of parents and teacher, and direct observation record of therapist-researcher. It was observed that using DRO schedule with limited hold can help to increase self-control behavior and produce positive generalization of this behavior to new environments in a child with ADHD.

Key words: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Self-Control, DRO Schedule, Reinforcement Delay, Behavior Analysis.

Esse estudo apresenta uma proposta de intervenção terapêutica tendo como base a análise do comportamento, seus princípios básicos e os modos de condução da terapia analítico-comportamental em *setting* terapêutico, cujo objetivo foi verificar a eficácia de esquemas de reforçamento na instalação e manutenção de comportamentos de autocontrole em crianças portadoras de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um fenômeno identificado e estudado em diversos países, definido por Cypel (2001) como: um quadro sindrômico, composto de sinais e sintomas que o descrevem, com base na avaliação de manifestações comportamentais relacionadas à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade, sendo utilizado para o diagnóstico o critério clínico. Assim também é definido por Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk (2000) e Vasconcelos (2002).

Para Barkley (2002) o TDAH é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade, ressaltando que, muito mais que isso, são problemas que se refletem em prejuízos na vontade da criança ou em sua capacidade de controlar seu próprio comportamento relacionado à passagem de tempo, apresentando dificuldades em observar futuros objetivos e conseqüências.

Barkley (2002) ressalta que a vida de uma criança com TDAH é repleta de fracassos e dificuldades, quando sugere que 30% a 50% estão sujeitas a repetir o ano escolar, cerca de 35% não chega a completar o ensino médio, em metade dessas crianças percebe-se que seus relacionamentos sociais ficam seriamente comprometidos, 60% dessas crianças apresentam comportamentos desafiadores que levam a mal entendidos e ressentimentos por parte de seus colegas, apresentam freqüentes desentendimentos e punições, um significativo potencial para delinqüência e abuso de drogas, além de uma constante sensação de fracasso. Desta forma, deve-se considerar que crianças e adolescentes que apresentam este transtorno, em geral, demonstram ter adquirido baixa auto-estima em suas vidas (Rohde & cols, 2000).

Tem-se constatado que o TDAH causa impacto na sociedade, visto seu alto custo financeiro, o estresse nas famílias, o prejuízo nas atividades acadêmicas e ocupacionais de crianças e adolescentes acometidos deste transtorno (Rohde & cols., 2000). Para Barkley (2002), o custo para a sociedade está relacionado não somente à falta de produtividade e desemprego, mas também à reeducação. Levando em consideração o comportamento anti-social, este autor observa que mais de 30% de portadores de TDAH vem se envolvendo em

furtos, mais de 40% adotam o tabaco e a bebida precocemente e mais de 25% vem sendo expulso da escola como consequência de conduta inadequada.

Comportamentos associados ao TDAH podem persistir até a adolescência e a idade adulta, com custos nas áreas sociais e escolares, ocasionando prejuízos à qualidade de vida (Domingos & Riso, 2000).

Embora o TDAH seja um transtorno comum na infância, existem discordâncias sobre os dados epidemiológicos. De acordo com Schwartzman (2001) as taxas de prevalência variam entre 0,5 a 20% da população em idade escolar; mas ressalta que, para a Associação Americana de Psiquiatria, esta taxa varia entre 2 a 4% para a mesma população. Na população adulta, o problema pode ser encontrado em uma frequência variando de 2 a 7%, sendo que em cerca de 25% dos casos identificam-se parentes próximos com o mesmo quadro comportamental. Aparentemente, o sexo masculino é mais afetado, na proporção de três meninos para cada menina (Schwartzman, 2001). Vasconcelos (2002) destaca estudos que indicam uma tendência maior de encontrar o TDAH entre indivíduos de grupos socioeconômicos mais baixos.

1. Histórico

O TDAH apresenta historicamente presença de indefinições quanto a nosologia e ao diagnóstico, assim como no estabelecimento da melhor conduta de tratamento.

Quanto ao seu histórico, Rohde e cols. (2000) revelam que, na literatura médica, as primeiras referências ao TDAH apareceram no meio do século XIX, chamado de *Transtornos Hiperkinéticos*.

Cypel (2001) considera que, historicamente, crianças hiperativas e desatentas devem sempre ter existido na humanidade e levanta a hipótese que a educação familiar e os regimes escolares mais rígidos, do século passado, limitaram o aparecimento desses comportamentos, os quais, nos anos vinte, eram denominados de *Desajeitamento* ou *Debilidade Motora* em crianças sem lesão cerebral.

Na década de 40 surgiu a designação de *Lesão Cerebral Mínima* (Rohde & cols., 2000). Em 1962 em Oxford, na Inglaterra, realizou-se um simpósio onde a nomenclatura anterior foi substituída por *Disfunção Cerebral Mínima (DCM)*, uma qualificação nosológica extremamente importante, podendo-se considerá-la como marco histórico. Nota-se diferenças entre as referências de DCM, nos EUA, observada em cerca de 20% a 30% dos escolares, e de 0,5% ou menos nas crianças inglesas. Talvez esta discrepância ocorra porque na Inglaterra o

TDAH é um diagnóstico pouco valorizado e considerado, ou porque esses percentuais estejam relacionados às características da disciplina e da educação de cada povo, ou, ainda, estaria relacionado ao tipo de treinamento dos profissionais para caracterização destes comportamentos (Cypel, 2001).

De acordo com Cypel (2001), em 1980 houve uma nova tentativa de caracterização nosológica da Associação Americana de Psiquiatria (APA) através do *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, classificando como *Attention-Deficit Disorders (ADD)* o que antes era denominado como DCM e fundamentou o diagnóstico em três categorias comportamentais: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Com isso distinguiram-se dois subgrupos de crianças com TDAH: (1) com hiperatividade e (2) sem hiperatividade.

Em 1987, na edição do DSM-III-R surgiu uma mudança na nomenclatura, passando a se chamar de Déficit de Atenção e/ ou Distúrbio de Hiperatividade (DADH), classificada entre as alterações comportamentais consideradas *disruptivas*. E em 1991, foram reunidas as propostas anteriores ao DSM-IV (Anexo 1), sendo denominado de Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) distribuídos em dois subgrupos: desatenção e hiperatividade/ impulsividade. Esses são os critérios atuais utilizados na maioria dos trabalhos científicos, de acordo com Cypel (2001), e serão os adotados no decorrer deste trabalho.

Características comuns, observadas nas várias nomenclaturas dadas ao TDAH ao longo de sua história, referem a alguma lesão no cérebro e/ ou alterações comportamentais. São nomenclaturas que sugerem categorias amplas, provavelmente pelas dificuldades até hoje apresentadas, quanto à multiplicidade de causas, a diversidade de critérios de avaliação, a variedade de comportamentos e semelhanças com outras patologias, dificultando a precisão do diagnóstico.

2. Sintomatologia: Comportamentos Característicos do TDAH

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade tende a ter um curso crônico e estar associado a uma série de complicações na infância, na adolescência e na vida adulta, fase em que 10 a 60% destes indivíduos seguem sintomáticos (Hechtman, 1992, citado em Szobot, Eizirik, Cunha, Langleben & Rohde, 2001).

Rohde e cols. (2000) listaram os sintomas que caracterizam cada um dos principais comportamentos que caracterizam um quadro de TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade). Quanto ao quadro de *desatenção* destacam: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter

a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa apresentar esquecimentos em atividades diárias. *Hiperatividade* se caracteriza pela presença freqüente de: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua 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; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente *a mil* ou muitas vezes agir como se estivesse *a todo vapor*; e falar em demasia. E quanto aos sintomas de *impulsividade*, esses autores citam: dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com freqüência ter dificuldade em esperar a sua vez; e freqüentemente interromper ou se meter em assuntos de outros. Esses sintomas descritos correspondem aos critérios diagnósticos do DSM IV (Anexo 1).

Rohde e cols. (2000) e Vasconcelos (2002) acrescentam que os sintomas aparecem de forma inapropriada para a idade ou para o desenvolvimento da criança e ocorrem em diferentes contextos. No caso da desatenção, é possível que a maior dificuldade da criança seja a manutenção da atenção, especialmente em atividades concorrentes mais reforçadoras, ou com presença de reforçadores mais imediatos. Um aspecto principal a ser destacado é a deficiência no *comportamento de inibição*. As crianças respondem a situações rapidamente, cometendo assim muitos erros; não esperam por todas as instruções e não são capazes de considerar as conseqüências aversivas de uma situação, a dificuldade na exposição a atrasos na gratificação que pode estar relacionada à *impulsividade*. Relacionado a esses aspectos, constatam-se dificuldades no autocontrole emocional, com maior reatividade emocional por parte destas crianças. Observa-se que a *hiperatividade* implicaria níveis excessivos de atividade motora ou vocal, irrelevantes para uma tarefa, levando-se em consideração que crianças com TDAH apresentam pobre coordenação motora.

Silva (2003) revela que portadores de TDAH apresentam instabilidade da atenção, facilidade de desviar sua atenção do que estão fazendo, dificuldade de prestar atenção às falas dos outros, tendência a perder objetos, presença de “brancos” durante uma conversa e presença de hiperfoco¹ (concentração intensa em um único assunto por um tempo).

¹ Hiperfoco: é definido como capacidade que uma pessoa portadora de TDAH possui de se hiperconcentrar em determinadas idéias ou ações.

Amen (2000) e Silva (2003) ressaltam o padrão comportamental de crianças com TDAH, quanto à necessidade de buscar estimulações constantes, novos e fortes estímulos (esportes radicais e criar discussões exaltadas). Estas crianças têm a tendência de buscar estimulação no meio para que esse lhe responda à altura de sua necessidade, ou então, se auto-estimulam com sucessão de comportamentos dirigidos a si mesmos com o mesmo objetivo, como cantarolar, fazer barulhos na boca, batucar. No entanto, esses mesmos autores referem que, em geral, por agirem dessa maneira, crianças com TDAH acabam trazendo prejuízos a si e/ ou ao seu meio. Barkley (2002) concorda com essas afirmações, ressaltando que crianças com TDAH, para se motivarem, dependem de fontes externas de motivação para se manterem direcionadas e executando o trabalho ou a atividade. Então ajudar uma criança com TDAH a completar uma tarefa significa, em geral, arranjar fontes adicionais de motivação, por vezes arbitrárias, como recompensa.

Essas hipóteses foram testadas em um estudo no qual foi pedido que adolescentes olhassem uma tela de computador com números piscando a uma frequência de um por segundo, e para que pressionassem um botão quando vissem um número 1 seguido de um número 9; os adolescentes com TDAH cometeram mais erros nessa tarefa enfadonha do que aqueles sem TDAH. Foi repetido o mesmo teste com a inclusão de um número de distração piscando à direita e à esquerda dos números do teste; nessa condição, o desempenho dos adolescentes com TDAH se assemelhou ao dos adolescentes sem TDAH. Os resultados mostraram que adicionar estímulos a tarefas pode aumentar as capacidades de crianças e adolescentes com TDAH de prestar atenção e de completar seu trabalho com menos erros (Barkley, 2002).

Barkley (2002) resalta a necessidade que crianças com TDAH têm de atividades novas, estimulantes e desafiadoras, devido às dificuldades de fixarem sua atenção por mais tempo (principalmente em atividades mais longas, que se apresentem mais maçantes, repetitivas e tediosas). Essa dificuldade pode ser observada em um estudo, através de um espelho falso, onde se registravam os diferentes brinquedos com os quais as crianças brincavam e o tempo que permaneciam com cada um deles. Os resultados revelaram que garotos com TDAH brincaram com três vezes mais brinquedos que os demais e gastavam 50% menos tempo com cada brinquedo. Segundo Barkley (2002), em um estudo sobre curiosidade em crianças com TDAH, verificou-se que estas mostram maior curiosidade física durante suas brincadeiras, manipulando mais objetos, trocando um objeto ou brinquedo por outro com maior frequência e passando menos tempo com eles. Silva (2003) concorda que é

bastante comum crianças com TDAH serem curiosas e acrescenta que é preponderante a capacidade de serem criativas.

Crianças com TDAH possuem a predisposição a permanecer mais em tarefas de seu interesse ou preferência, isto é, em tarefas que para essas crianças sejam mais reforçadoras, pois crianças com TDAH tendem a optar por fazer pequenos trabalhos no presente momento em troca de uma recompensa menor, embora mais imediata, em vez de trabalhar mais por uma recompensa maior disponível apenas adiante, configurando-se claramente um problema de adiamento de gratificação (Barkley, 2002; Goldstein & Goldstein, 2001).

Segundo Amen (2000) e Goldstein e Goldstein (2001), entende-se por impulsividade, quando crianças com TDAH apresentam necessidades de serem atendidas de forma imediata (buscam a imediatividade do reforço), podendo até adotar comportamentos do tipo transgressor como mentir, enganar e roubar.

Ressalta-se também que crianças com TDAH têm dificuldades de seguir regras e instruções, o que se acredita estar relacionadas ao problema subjacente de impulsividade. Não está claro se a impulsividade cria o problema por causar uma disrupção no seguimento das regras, quando se deseja mudar para uma atividade mais competitiva, ou é a base de uma capacidade debilitada de linguagem para controlar o comportamento. Barkley (2002) refere que pesquisas têm mostrado que a capacidade verbal e a impulsividade se relacionam. Indivíduos com linguagem mais desenvolvida e com melhores habilidades verbais são geralmente muito menos impulsivos e mais reflexivos na realização das tarefas, se comparados a aqueles com habilidades verbais menos desenvolvidas.

Como se pode observar, os comportamentos de crianças portadoras de TDAH estão presentes em diferentes contextos de suas vidas. Esses comportamentos provocam reações em outros ambientes além do domicílio. No contexto escolar, a reação do professor ao padrão comportamental de uma criança com TDAH é semelhante às reações provocadas em outras pessoas (Cypel, 2001). Os professores em geral respondem aos problemas exibidos por crianças com TDAH de forma mais punitiva, tornando-se mais controladores e autoritários com elas; suas frustrações com tais crianças podem torná-los ainda mais coercitivos em suas interações. Experiências têm mostrado que atitudes como essas podem prejudicar o desempenho escolar de crianças portadoras com TDAH, até o abandono escolar. Uma relação professor-estudante positiva pode melhorar as adaptações acadêmicas e sociais (Barkley, 2002). A literatura (Cypel, 2001) tem demonstrado que crianças com TDAH têm dificuldades de freqüentar escolas tradicionais, com elevado nível de exigência e salas de aulas com número grande de alunos, ao ponto de ficarem mais dispersas e alheias, assim, são

recomendadas escolas com classe pequenas de no máximo 15 alunos, podendo assim receber uma atenção individualizada.

3. Etiologia e Avaliação Diagnóstica

A discussão sobre a etiologia do TDAH é complexa pela multiplicidade de fatores que podem estar interferindo e que nem sempre são os mesmos para todas as crianças (Cypel, 2001). De acordo com Barkley (2002), o conhecimento da etiologia do TDAH tem progredido muito e vários estudos têm apontado os seguintes fatores causais: genéticos/ hereditários, agentes ambientais, como exposição fetal ao álcool, fumo e ao chumbo. Domingo e Risso (2000) concordam com Barkley (2002), mas afirmam que não há uma causa única e sim uma combinação de fatores e citam outros, como: dano cerebral, nutrição pré-natal deficitária, uso de certos medicamentos, condições físicas (nerológicas ou psiquiátricas), alta incidência de infecções respiratórias e alérgicas, dieta rica em açúcar e fatores sociais (alto nível de estresse e inabilidade no controle comportamental durante a aplicação das técnicas educativas).

Observa-se aumento da incidência de TDAH entre gêmeos monozigóticos, irmãos e parentes, sugerindo a presença de fatores hereditários (Barkley, 2002; Domingos & Risso, 2000). Barkley (2002) aponta pesquisas que sugerem haver predisposição genética para o transtorno, e as evidências de que o TDAH pode ser herdado vêm de estudos que avaliam diretamente todos os membros imediatos de uma família na qual um membro tenha sido diagnosticado com TDAH, avaliando-se o risco de aparecimento em outros membros. Estudos com gêmeos mostram que, caso um gêmeo apresente sintomas de TDAH, aumenta de 80 a 90% a chance de o outro gêmeo vir a ter o transtorno. Pesquisas continuam sendo realizadas, como o Programa de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODAH) desenvolvido no Brasil, na Universidade Federal Rio Grande do Sul - UFRGS, onde há estudos sobre suscetibilidade genética, identificação de genes candidatos e farmacogenética, como também estudos para esclarecer a contribuição de adversidades psicossociais e suas relações com determinadas partes da carga genética de indivíduos com diagnóstico de TDAH (PRODAH, 2004).

No entanto, parece persistir o fato ressaltado por Vasconcelos (2002) que poucos esforços são dedicados aos estudos de fatores causais que apontem contingências ambientais e sociais como causa do TDAH, pois na maior parte dos estudos essas contingências não são considerados como tal, e sim, como contribuidoras para persistência dos sintomas.

Gauy e Costa Junior (2005) consideram que não há consenso em se levar em conta apenas etiologia genética e hereditariedade, pois de acordo com o que têm revelado diversas pesquisas, deve-se considerar predisposições genéticas com parcimônia, mesmo quando se conhecem resultados de estudos sobre determinadas psicopatologias que apontam participação essencial da genética, como no caso do TDAH. É necessário considerar pesquisas como as realizadas pela psiquiatria, baseadas em estudos da genética quantitativa e molecular (genética comportamental), as quais têm confirmado a influência de múltiplos fatores genéticos e ambientais na heterogeneidade da etiologia e da expressão clínica das principais categorias psicopatológicas.

No caso do TDAH, segundo Domingos e Risso (2000), pesquisas apontam déficits em áreas do sistema nervoso central e nos mecanismos dos neurotransmissores. O papel dos neurotransmissores na hiperatividade tem sido observado em função de respostas positivas de crianças com TDAH às drogas estimulantes que afetam a liberação e a recaptação da dopamina e da norepinefrina (Barkley, 2002).

A maioria das crianças com TDAH não apresentam anormalidades grosseiras em exames neurológicos. Exames como o eletroencefalograma e a tomografia computadorizada não têm demonstrado efetividade para diagnóstico, embora existam evidências de que crianças com TDAH apresentam sinais neurológicos leves, tais como dificuldades em coordenação motora fina e equilíbrio (Domingos & Risso, 2000).

Barckley (2002) aponta que a literatura revela que o aparelho Pet Scan indicou evidências que no cérebro de portadores de TDAH há problemas, apresentado por Zametkin que verificou que adultos com TDAH apresentavam menor atividade cerebral principalmente na área frontal. Amen (2000) vem desenvolvendo estudos sobre as atividades do cérebro, utilizando um instrumento chamado de SPECT (*single photon emission computed tomography* - tomografia computadorizada de emissão de fóton único), o qual mede o fluxo do sangue no cérebro e seus padrões de atividades metabólicas. E, a exemplo de seus procedimentos, revelou que os cientistas, quando escaneam o córtex pré-frontal com o SPECT, eles em geral fazem dois estudos: um em estado de repouso e o outro durante uma tarefa de concentração. Estudos como estes têm sugerido que problemas com o córtex pré-frontal indicam as seguintes alterações comportamentais: dificuldade de manter a atenção e o esforço em períodos de tempos prolongados, distração, falta de perseverança, problemas de controle de impulso, hiperatividade, atrasos crônicos, problemas na administração do tempo, desorganização, tendência ao adiamento, dificuldade na habilidade de expressar sentimentos,

emoções e pensamentos, interpretações errôneas, falha de julgamento, dificuldade de aprender com a experiência, problema de memória de curto prazo, e ansiedade social e em situação de teste. É possível observar que essas alterações comportamentais são semelhantes às encontradas em crianças portadoras de TDAH.

De acordo com Amen (2000), o córtex pré-frontal influencia altamente o controle do impulso e, como observada no TDAH, a capacidade de pensar sobre as conseqüências do comportamento fica prejudicada. Além disso, o córtex pré-frontal tem muitas conexões com o sistema límbico e a sua função é enviar mensagens inibitórias a este, as quais ajudam a mantê-lo sob controle. Barkley (2002) concorda quanto ao córtex pré-frontal e aponta possível envolvimento de outras áreas do cérebro como cerebelo direito e gânglio basal.

Domingos e Risso (2000) concordam com Amen (2000) e acrescentam que o lobo frontal tem função de execução, desenvolvimento de planos, recursos de organização e na inibição de distração com estímulos relevantes, como controle da atividade motora e inibição do foco de atenção. Pesquisas têm demonstrado que o lobo frontal está diretamente envolvido no controle da função visomotora, sugerindo que uma disfunção no lobo frontal seria a base do TDAH. Estes autores destacam ainda que a avaliação neurológica de rotina não tem identificado lesões específicas e outras anormalidades para os portadores de TDAH. Entretanto, recentes pesquisas utilizando procedimentos avançados de neuro-imagem têm demonstrado que essas crianças tendem a apresentar diferenças de simetria entre as áreas direita e esquerda do lobo frontal (Domingos & Risso, 2000).

Cypel (2001) questiona se áreas apontadas como disfuncionais o sejam realmente, ou estaria ocorrendo uma variação normal de desenvolvimento daquela função a qual precisaria maturar durante mais algumas semanas. Estudos revelam que, certo número de crianças acompanhadas com exames neurológicos seqüenciais trimestrais, nos quais se observava dificuldades em algumas funções do desenvolvimento, que estas crianças melhoravam, aparentemente, de forma espontânea nos meses seguintes, devido provavelmente a um processo de maturação neurológica.

Domingos e Risso (2000) referem os fatores sociais como possíveis causas para o TDAH, levantando a hipótese de que o aumento da incidência da hiperatividade pode estar relacionada ao aumento de repertório cultural, resultando numa maior estimulação das crianças e, por isso, numa maior probabilidade de hiperatividade em crianças que apresentem predisposição a essas características. Sugerem também que, o aumento de incidência de casos

com TDAH pode ser indicativo de certa deficiência nas habilidades de controle comportamental e nas técnicas educativas empregadas pelos pais dessas crianças.

Quantos às causas ambientais, Barkley (2002) afirma que não há estudos que apóiem as teorias que responsabilizam o meio ambiente como a maior causa do TDAH, ou o fraco controle parental pelo aparecimento de hiperatividade. Ressalta que vem estudando padrões de interações entre pais e filhos com TDAH por 24 anos e o que pôde constatar é que os pais dessas crianças emitem mais ordens, sendo mais controladores e aversivos, e, em alguns casos, menos atentos e responsivos a seus filhos. Por outro lado, as crianças com TDAH se apresentam menos submissas às ordens e diretivas dos pais, mais teimosas e negativas. Será que é por responsabilidade dos pais que seus filhos sejam assim, ou o inverso? Para tentar responder a esta questão, Barkley administrou medicação (Ritalina) e placebo durante algumas semanas a crianças com TDAH. Nem as mães e nem os filhos sabiam quando a medicação era real ou placebo. Verificou-se que quando as crianças usavam o medicamento real, seu comportamento não-relacionado à mãe melhorava muito, mas o comportamento da mãe em relação às crianças também exibia melhora, lembrando comportamentos de mães de crianças sem TDAH, sugerindo que os comportamentos inadequados das mães ocorriam como *respostas* aos comportamentos difíceis da criança. Essas considerações contraditórias indicam necessidade de estudos quanto à causa, avaliação e o diagnóstico.

Como se pode perceber, há algumas dificuldades no processo de avaliação e no diagnóstico do TDAH, em função de conseqüências associadas como redução do rendimento acadêmico e profissional e maior risco para transtornos anti-sociais e de dependência química (Manuzza, & cols., 1997, citados em Szobot & cols., 2001). Isto vem sendo demonstrado por meio de estudos com a participação de crianças com essa síndrome que apontam alto risco de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991, citados em Rohde & cols, 2000). Diante deste quadro, concorrem com o TDAH os seguintes transtornos da infância e da adolescência: retardo mental, comportamento opositivo e outros transtornos mentais como transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, alteração em virtude de uma condição médica, transtorno invasivo do desenvolvimento ou transtorno psicótico (Domingos & Riso, 2000). Esses transtornos não só se confundem com o diagnóstico de TDAH, como também podem ser indicativos de comorbidade no quadro clínico apresentado por estas crianças, o que colabora com as dificuldades acima mencionadas.

A avaliação de indivíduos com suspeita de TDAH inclui diversos métodos, vários informantes e exame das dificuldades da criança no seu ambiente, em diversas situações. É necessário delinear o tipo de intervenção necessária para abordar os transtornos e/ ou problemas psicológicos, acadêmicos ou ocupacionais identificados na avaliação. Recomenda-se, ainda, determinar a presença de comorbidade e seu impacto no prognóstico, e nas decisões sobre o tratamento. Ademais é tentar identificar habilidades e déficits presentes que possam afetar o curso do tratamento (Domingos & Risso, 2000).

Uma intervenção terapêutica adequada está diretamente ligada a uma avaliação cuidadosa e completa. Inclui uma anamnese detalhada e várias pessoas participando do processo de avaliação, como professores, pais, além da própria criança. Tem sido recomendado também realizar entrevista com a criança e observação direta do comportamento (Domingos & Risso, 2000).

Várias escalas de comportamento têm sido utilizadas para fornecer uma visão global do comportamento da criança e auxiliar na compreensão do problema. O *Child Behavior Checklist* – CBCL (Anexo 2) avalia problemas comportamentais e emocionais e a competência adaptativa, com uma versão para o professor, uma para os pais e outra para criança. Outras escalas conhecidas são *Conners Teacher and Parent Questionnaire*, *Attention Deficit Disorder Evaluation Scale* – ADDES, o WISC (Escala Wescheler de Inteligência para Criança); o Idate-C (Inventário de Ansiedade para Crianças); Critérios Diagnósticos para TDAH; e Critérios Diagnósticos para Depressão, sendo estes últimos utilizados para verificar comorbidade (Domingos & Risso, 2000).

Rohde e cols. (2000), sugerem exames de neuroimagem (tomografia, ressonância magnética, *PET Scan* e *SPECT* cerebral), assim como Amen (2000) utiliza o exame de *SPECT* cerebral com objetivo de identificar áreas problemáticas e oferecer intervenções mais precisas.

Atualmente a avaliação diagnóstica do TDAH tem utilizado freqüentemente os critérios diagnósticos apresentados pelo DSM-IV (Anexo 1) os quais são os seguintes: seis dos nove itens do tópico atenção, assim como do tópico hiperatividade - impulsividade devem ser observados pelo menos em duas áreas (escola e família) da vida da criança, por mais de seis meses e surgir até por volta dos 7 anos de idade. Diante desses critérios, o diagnóstico pode ser de TDAH do tipo predominantemente Desatento, TDAH do tipo predominantemente Hiperativo/ Impulsivo, e ainda, TDAH do tipo predominantemente Combinado. Contudo, Vasconcelos (2002) sugere que a utilização dos critérios do DSM-IV seja acompanhada de entrevistas a pais e professores. Além disso, deve-se atentar que alguns critérios do DSM-IV

precisam ser ajustados a cada avaliação, como faixa etária, duração dos sintomas e a indicação da existência de diferentes tipos de TDAH.

Rohde (2002) alerta para a necessidade de se considerar a questão cultural durante a avaliação diagnóstica e ter especial cuidado com o uso do DSM-IV, pois padrões de comportamentos ditos normais e desviantes são determinados culturalmente. Casos de falta de atenção e hiperatividade podem estar sendo gerados por uma variedade de condições e problemas daquela cultura (cultura latina, por exemplo), com isso podendo favorecer casos de falso positivo durante a avaliação diagnóstica. Dados clínicos e de pesquisas preliminarmente sugerem que o uso dos critérios diagnóstico do DSM-IV, ainda pode ser apropriado. No entanto, mais estudos do TDAH em diferentes culturas são necessários para obtenção de respostas mais definitivas.

4. Tratamento

Quanto ao tratamento há duas indicações: a farmacológica e a psicoterápica. Em cada uma delas observam-se vantagens e desvantagens.

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Impulsividade – ABDA (2004) aponta que os estudos têm demonstrado que há necessidade, e tem sido eficaz, primeiro o uso de medicação e depois a psicoterapia e outros acompanhamentos. Deve-se considerar que um ponto central no tratamento é que, a literatura considera que se trata de um transtorno crônico, que os tratamentos empregados não têm alterado os déficits neuropsicológicos, o que ocorre é a redução de sintomas e a minimização dos efeitos negativos do transtorno, melhorando a qualidade de vida do indivíduo. Associada à medicação, sugere-se também a utilização do tratamento por meio de psicoterapia.

4.1. Farmacoterapia

A ABDA (2004) afirma que centenas de estudos indicam um tratamento predominante, o qual tem sido a utilização de estimulantes como o metilfenidato (MPD - Ritalina), a pemolina e as anfetaminas, os quais podem normalizar o substrato neural nas regiões pré-frontais. Além desses medicamentos, Barkley (2002) aponta que o uso de certos antidepressivos e da clonidina (Atensina) podem ser de grande utilidade para os portadores de TDAH.

Segundo Barkley (2002), os estimulantes têm sido eficazes na *melhora* do comportamento, desempenho acadêmico e ajustamento social para cerca de 50% a 95% das crianças com TDAH. Ressalta também, que há possibilidade de efeitos colaterais como qualquer medicamento, dependendo do organismo da criança em que for administrado, como redução do apetite e insônia, por exemplo.

Quanto à utilização de clonidina (Atensina), um medicamento para o tratamento de hipertensão arterial que pode ser usado como estimulante e o qual tem apresentado resposta favorável em bom número de casos de TDAH, com efeito eficaz nos comportamentos de hiperatividade e impulsividade, esta medicação provoca sono e tem menor ação sobre os sintomas de desatenção (ABDA, 2004).

Barkley (2002) aponta também o uso de antidepressivos os quais melhoram o quadro de TDAH nas crianças, com progressos leves e moderados na capacidade de prestar atenção e controlar impulsos, tornando-se menos impacientes ou hiperativas, havendo uma significativa melhora do humor. Seus efeitos colaterais são, por exemplo, diminuição da frequência cardíaca e sensação de boca seca.

No entanto, em um estudo realizado por Frei e Thurneysen (2001), cujo objetivo foi avaliar os efeitos da homeopatia em pacientes com TDAH e compará-los com a utilização do metilfenidato, foram realizados estudos comparativos entre grupos com 115 crianças (92 meninos e 23 meninas) em uma média de idade de 8,3 anos. Os resultados mostraram que o tratamento homeopático é similar ao uso do MPD.

Barkley (2002) faz referencia a um estudo recente denominado multimodal de tratamento para o TDAH, realizado com 500 crianças de diferentes regiões dos Estados Unidos. As crianças foram avaliadas completa e cuidadosamente, randomizadas e divididas em quatro grupos de tratamento: 1) um de crianças encaminhadas pela comunidade com permissão de continuarem usando seus próprios tratamentos; 2) um recebendo apenas medicação; 3) um recebendo apenas tratamentos psicológicos; e 4) e um recebendo medicação e tratamentos psicológicos. Mesmo a pesquisa estando em fase de conclusão, seus resultados tem apontado que a medicação, na dose adequada e monitorada, exerce consistentes efeitos sobre os sintomas e até sobre outros problemas associados ao TDAH; sugere que combinar medicação com tratamento psicológico pode produzir benefícios (adicionais) e menor necessidade de medicação ou de suas doses; e que tratamentos psicológicos isolados podem ser eficazes, mas não produzem resultados semelhantes aos obtidos com a medicação. No entanto, afirma que, segundo sua experiência e a de outros

cientistas estudiosos do TDAH, apenas para uma minoria de crianças a medicação *isoladamente* pode ser considerada *suficiente*, pois há crianças que não respondem à medicação e quanto às que respondem, estas não apresentam inteira *normalização* dos comportamentos, uma vez que os estimulantes têm ação curta e não podem em geral ser usados durante a noite. Assim como não se observou que deficiências de aprendizagem desaparecerão com tratamento medicamentoso, tampouco problemas de habilidades sociais ou conflitos familiares. Então, esses casos necessitaram de outras formas de tratamento, sendo o mais indicado para a maioria das crianças portadoras de TDAH é um pacote de tratamento com múltiplas intervenções.

Cypel (2001) indica o uso de medicamentos somente em crianças nas quais as alterações de comportamento são intensas, e quando as orientações dadas aos pais, à escola e as medidas psicoterápicas não se mostraram eficazes. Indica uso do medicamento desde o início do tratamento apenas nos casos em que as conseqüências negativas no ambiente e no relacionamento social da criança é de tal monta, que seja necessário reverter o quadro rapidamente.

Cypel (2001) aponta a psicoterapia como um dos pontos fundamentais do tratamento para obter uma adequação comportamental. Rohde e cols. (2000) e Domingos e Risso (2000) concordam quando sugerem que o tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla ou combinada, a qual inclui intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

4.2. Psicoterapia

A modalidade psicoterápica mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno, bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados, é a que utiliza o modelo cognitivo e comportamental, especialmente o tratamento comportamental (Rohde & cols., 2000). Para Domingos e Risso (2000) o tratamento comportamental fundamentado na modificação de comportamento, tem sido mais indicado para o controle desse transtorno e deve envolver além do cliente, pais e professores. Esses programas habitualmente incluem a utilização de economia de fichas, reforçamento contingente a comportamentos adequados, *time-out* e manejo de contingências pelos professores, pais e terapeutas.

Barkley (2002), ao utilizar o modelo psicoterápico, adota os seguintes procedimentos de avaliação e intervenção: o diagnóstico é feito por meio de entrevista clínica com pais e a

criança, exame médico, utilização de algumas escalas aplicadas aos pais e professor e entrevista com o professor da criança. Além disso, usa testes de atenção e neuropsicológicos e a observação direta do comportamento da criança no processo de diagnóstico. Os pais, ao solicitarem atendimento, respondem a questionários a serem preenchidos para a entrevista clínica, e os mesmos questionários são enviados para os professores.

Segundo Vasconcelos (2002), os pais são considerados co-terapeutas, e, além das intervenções junto aos pais e as crianças, deve-se considerar a importância de intervenções na escola. Esta autora destaca que o treinamento de pais e professores envolve um processo que se utiliza de análise funcional dos comportamentos emitidos pela criança e por outros membros da família.

Schwartzman (2001) afirma que não devemos confiar na observação direta realizada no consultório, pois em consultório a criança pode se sentir atemorizada por estar diante de uma figura de autoridade e comportar-se de forma não habitual. Sabe-se que a criança com TDAH tende a se comportar de forma mais adequada numa situação mais continente e tranqüila do que na sala de aula, na qual o número de estímulos ambientais é muito maior.

A literatura sugere que o tratamento comportamental também seja realizado em ambientes naturais onde os comportamentos-alvo são emitidos. Em função de os estudos não estarem observando generalização dos efeitos do tratamento em *setting* terapêutico para outros ambientes naturais não envolvidos no processo de intervenção, sugere-se que procedimentos de intervenção sejam mantidos a longo prazo, o que pode reduzir os excessos comportamentais em outros contextos (Vasconcelos, 2002).

Barkley (2002) refere que a atenção individualizada parece ser a mais indicada, uma vez que crianças com TDAH quando supervisionadas de perto, quando as instruções são repetidas com maior frequência, apresentam-se menos ativas, desatentas e impulsivas e trabalham de modo mais eficiente.

Por outro lado, estudos apontam que o padrão familiar dessas crianças é caracterizado, em geral, por contingências aversivas; portanto, um dos primeiros passos é aumentar a frequência de reforçamento positivo para as crianças, considerando a importância da apresentação de reforço de forma mais imediata sobre controle do comportamento (Vasconcelos, 2002).

Durante o tratamento psicoterápico, o terapeuta só passa para outra tarefa, caso os critérios tenham sido cumpridos pelos pais e pelas crianças. Os pais são orientados a ficar um tempo com a criança, sem apresentarem críticas, direcioná-las, apenas observando e

elogiando a criança; assim como a serem claros ao apresentarem regras simples em substituição a múltiplos comandos. O sistema *Token*² pode ser utilizado para incentivar o cumprimento das tarefas em casa. No entanto, tem sido aplicada a punição, quando necessária, através de retiradas de pontos da criança, contingente ao não cumprimento de tarefas ou de um comando. O *time out* também é utilizado no modelo psicoterápico comportamental (Vasconcelos, 2002).

5. Contribuições da Análise do Comportamento na Avaliação, no Diagnóstico e no Tratamento do TDAH

A Análise do Comportamento, através dos princípios e pressupostos do Behaviorismo Radical, pode contribuir por meio da prática clínica que utiliza a Terapia Analítico Comportamental, a qual, ao adotar uma visão idiográfica, obtém um quadro mais completo da criança durante sua avaliação, através de definição da queixa, da história da criança, da família, da história de intervenção, do levantamento de reforçadores, o qual irá orientar a seleção dos procedimentos de tratamento.

Vasconcelos (2002) refere que, de acordo com uma avaliação funcional do comportamento de crianças com TDAH, pode-se afirmar que manter a atenção é provavelmente uma das dificuldades que está relacionada possivelmente a atividades concorrentes mais reforçadoras, ou quando reforçadores mais imediatos estão presentes. Além disso, é possível constatar a dificuldade no comportamento de inibição, quando as crianças respondem rapidamente, cometendo muitos erros e sendo expostas a conseqüências aversivas. Essa criança apresenta coordenação motora e memória operacional deficitárias, reduzido controle por regras, dificuldade de reter a regra e de inibir respostas não relevantes que competem com a regra, além de verbalização privada deficitária, o que, possivelmente, não colabora na resolução de problemas (Vasconcelos, 2002).

Como o transtorno está relacionado a um atraso no desenvolvimento da resposta de inibição, Barkley (2002) explica tal problema fundamentando-se na descoberta da teoria de Jacob Bronowski, que discute sobre a habilidade de inibição da ansiedade de responder de forma imediata e de esperar por um tempo, permitindo com isso: (a) criar um senso de passado, e um senso de futuro; (b) falar a si mesmo e usar esse discurso para controlar o

² Token: *é um tipo de reforçamento condicionado, predominantemente humano, demonstrada em estudo em que fichas de pôquer (tokens) foram usadas para reforçar primatas (Wolfe, 1936; Coweles, 1937; citados em Millenson, 1967). A história de associação com reforçamento primário que transformou as fichas em Tokens (dinheiro) com o poder de reforçar (Millenson, 1967).*

próprio comportamento; (c) separar emoções de informações frente a uma nova avaliação de eventos; (d) dividir as informações ou mensagens que chegam e, então, recombinar essas partes em novas mensagens de saída ou respostas (*análise e síntese*); (e) a capacidade de interiorizar emoções e usá-las para criar motivação interna para dirigir o comportamento em busca de objetivos. Estas habilidades, efetivamente funcionando, transferem o controle externo do ambiente para o controle interno, possibilitando o autocontrole, ou seja, o aumento da preferência por reforçadores atrasados sobre os reforçadores imediatos. Elas possibilitam a antecipação e planejamento de comportamentos com maior sentido de tempo, o que também é analisado por Vasconcelos (2002).

Crianças com TDAH apresentam comportamentos que sugerem que há um tipo de *miopia* temporal, na qual o comportamento é mais controlado pelo momento presente. Tarefas que possibilitam a análise do autocontrole e da sensibilidade ao reforçamento poderiam se tornar instrumentos importantes na avaliação dos comportamentos destas crianças. Desta forma, o TDAH poderia ser visto como um problema do enfraquecimento dos efeitos das conseqüências devido ao seu atraso de apresentação (Vasconcelos, 2002).

Quanto à variável motivação, Vasconcelos (2002) sugere que o TDAH seria resultado de déficit na resposta a conseqüências, indicando uma insensibilidade de base neurológica às contingências de reforçamento e/ ou de punição. Alguns modelos teóricos sugerem que indivíduos com TDAH são menos sensíveis aos sinais relativos às contingências aversivas e apresentam maior resistência à extinção após a exposição a esquemas de reforçamento contínuo e aumentadas taxas de respostas sob esquemas de intervalo fixo e razão fixa.

Diante do exposto, Vasconcelos (2002) afirma que estudos têm indicado que os seguintes fatores podem facilitar a ocorrência de comportamentos disruptivos em crianças com o diagnóstico de TDAH: tarefas mais restritivas, complexas e que exigem maior recurso de quem executa a tarefa; familiaridade da tarefa; bem como a estimulação reduzida.

Torna-se importante considerar que a apresentação de reforço ou da punição imediata, assim como uma alta magnitude de reforço, pode favorecer a redução de déficits de atenção. Assim como o atendimento individualizado tem obtido resultados positivos na modificação do comportamento dessas crianças, ao serem comparados aos resultados obtidos com atendimento em grupo (Vasconcelos, 2002).

Cavalcante e Tourinho (1998) ressaltam a necessidade de adotar uma visão analítico-comportamental na discussão de um sistema de classificação de categorias diagnósticas. Para Vasconcelos (2002), um dos principais objetivos da utilização de categoria diagnóstica é facilitar a tarefa do diagnóstico clínico. No entanto, vem se constituindo em objetivo difícil de

ser alcançado, principalmente no que se refere ao TDAH. Na visão analítico-comportamental, o indivíduo é comparado com ele mesmo, não havendo interesse por um indivíduo “médio”. A variabilidade, por vezes encontrada, é identificada e analisada em termos funcionais e controlada tendo como instrumento central à análise funcional, ou seja, interessa a função de um comportamento em um determinado contexto e não apenas a topografia deste comportamento.

A Terapia Analítico-Comportamental não adota um sistema de classificação de categorias diagnósticas em suas intervenções (Vasconcelos, 2002). O tratamento do TDAH é consistentemente viável por meio de um processo de terapia comportamental, a qual está pautada nos princípios básicos da análise experimental do comportamento, sendo que, no que concerne ao TDAH, se necessita de critérios diagnósticos mais objetivos visto que muitas indefinições permeiam este quadro. Acredita-se que o indicado seria o que afirma Carvalho Neto (2002):

O comportamento humano não exige a adoção de um paradigma diferente de ciência. É preciso sim ampliar o conhecimento das variáveis que afetam o sistema inteiro e a criação de técnicas e tecnologias capazes de alimentar constantemente um banco de informações a ser usado na previsão de eventos comportamentais particulares. O problema de imprevisibilidade do comportamento não é uma questão da natureza supostamente especial do fenômeno, mas dos limites do conhecimento atual sobre ele. O determinismo assumido não é absoluto, mas sim probabilístico. As barreiras estão na pesquisa (método e momento da organização teórica) e não no objeto, e por isso podem ser superadas com trabalho e criatividade (Carvalho Neto, 2002, p.14).

Como afirmado acima, é necessário desenvolver novos métodos, técnicas e instrumentos baseados em princípios já desenvolvidos, mantidos e em constante aperfeiçoamento e avaliação, os quais estão constantemente sendo testados e retestados experimentalmente, como se configuram os princípios básicos da análise experimental do comportamento.

Ferster, Culbertson e Boren (1982) afirmaram que os estudos de Skinner e de seus seguidores sobre processos de aprendizagem animal demonstraram a utilidade dos princípios do comportamento e sua relevância para os problemas humanos. Apresentaram evidências sobre a possibilidade de aplicação dos princípios analítico-comportamentais ao comportamento humano.

De acordo com Ferster e cols. (1982) o modelo analítico-comportamental é formado por um corpo de conhecimentos, por uma metodologia e uma filosofia da ciência. Constitui uma maneira sistemática de ver o mundo psicológico e conta com um conjunto de princípios úteis para análise e compreensão do comportamento observável e tem como objetivo principal a observação cuidadosa e a análise do comportamento individual. O terapeuta analítico-comportamental detém-se no ambiente e tem como enfoque principal o que se chama de análise funcional do comportamento (relação entre estímulos, comportamento e as conseqüências do comportamento). Embora seja complexa, a observação dos processos comportamentais e dos eventos objetivos disponíveis ajuda a compreender a complexidade desses aspectos básicos e fundamentais (Ferster & cols., 1982).

Os princípios do comportamento podem ser usados para resolver problemas humanos difíceis, como o tratamento do autismo. Em um estudo realizado com crianças autistas, utilizou-se um procedimento simples, por meio do qual estas crianças apertavam um botão e suas pressões eram reforçadas com moedas, alimentos, som, imagem ou caleidoscópio colorido; e, ao final do experimento, as crianças ganhavam moedas que usavam numa máquina que fornecia toalhas a serem usadas quando fossem nadar mais tarde. Essas crianças faziam escolhas de acordo com estímulos complexos; faziam economias de dinheiro para usar mais tarde e se empenhavam em tarefas que exigiam atenção para vários estímulos e uso de procedimentos mais complicados. Além disso, as crianças passaram a se manter por duas ou três horas nas atividades complexas, embora não conseguissem generalizar esta habilidade para outros ambientes. Essas atividades confirmaram que as crianças podiam aprender desde que os elementos do ambiente fossem adequadamente manejados (Ferster & cols., 1982).

Os resultados desse estudo sugerem que, mesmo os problemas humanos mais difíceis, podem ser resolvidos com manejo sistemático do ambiente, estabelecendo que a psicologia experimental pode ser utilizada na reversão de certos problemas graves (Ferster & cols. 1982).

Para Ferster e cols.(1982), o clínico se utiliza de princípios do comportamento e do emprego de uma análise funcional e experimental, em uma linguagem que possibilita a comunicação dos dados e as descrições clínicas. Uma análise funcional do comportamento pode descobrir dimensões inesperadas, em situações humanas complexas, quando tem como finalidade o enfoque de eventos objetivos e a descrição científica dos processos comportamentais. A aplicação de princípios do comportamento a eventos que ocorrem no ambiente natural demonstra de que modo a abordagem behaviorista e a abordagem clínica podem se completar (Ferster & cols., 1982).

Dentre os mecanismos básicos do comportamento, que atuam na aquisição e manutenção do comportamento encontram-se os esquemas de reforçamento que poderiam ser auxiliares nesta busca de elementos de avaliação e critérios diagnósticos, como os esquemas de reforçamento pela passagem do tempo que ensinam a esperar e os que ensinam a emitir um número baixo de resposta para obtenção do reforço como os esquemas de intervalo fixo (FI), esquemas de intervalo variável (VI) e os esquemas de reforço diferencial de longos intervalos entre respostas, reforço diferencial de baixas taxas (DRL) ou intervalo entre respostas (*interresponse time* - $IRT > t$), reforço diferencial de comportamento zero ou outro comportamento (DRO), esquemas progressivos, atraso de reforço e o procedimento de *fading*.

Os esquemas acima mencionados podem ser auxiliares na avaliação diagnóstica, assim como na intervenção terapêutica, no treino de crianças com TDAH com características de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Os esquemas de reforçamento e outros mecanismos, como atraso de reforço, podem ser usados para medir o autocontrole e/ou a impulsividade. Há uma relação das categorias desatenção, impulsividade e hiperatividade com a capacidade de auto-regulação, ou seja, de autocontrole, na qual, dentre as subcategorias comportamentais que a compõe, encontra-se a habilidade de esperar. A habilidade de esperar está estreitamente ligada a regular e lidar com a passagem de tempo, o que é aprendido em nossa história de condicionamento. Uma vez que crianças com diagnóstico de TDAH são aparentemente atrasadas no desenvolvimento dessas categorias e subcategorias comportamentais, torna-se necessário comentar sobre autocontrole, comportamento governado por regras e por contingências que possam estar contribuindo com o desenvolvimento destas habilidades.

Vale iniciar este comentário fazendo-se referência ao modelo de causalidade externa defendido pelo behaviorismo radical, segundo o qual a explicação do comportamento de autocontrole deve ser buscada no ambiente externo (físico e social), imediato e histórico do indivíduo que emite tanto respostas controladoras quanto controladas, as quais são consideradas respostas *controladoras* quando colaboram para reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos aversivos e *controladas* quando aumentam a probabilidade de ocorrência de eventos reforçadores (Skinner, 1998).

Rachlin (1970, citado por Hanna & Ribeiro, 2005) define autocontrole como a escolha de uma recompensa maior no futuro contra uma recompensa menor no presente. Pode-se considerar que, para Rachlin, autocontrole envolve uma situação de escolha na qual as possibilidades de respostas diferem quanto ao atraso e à magnitude do estímulo reforçador,

sendo um menor e mais imediato, e outro maior e mais atrasado. De acordo com Rachlin (1970, citado por Hanna & Ribeiro, 2005):

O autocontrole é na realidade uma designação incorreta para qualquer tipo de mudança autoinduzida, pois, embora padrões de comportamento possam vir de dentro de nós mesmos, [] devem vir das interações com o ambiente naquele momento. Dessa forma, autocontrole na realidade refere-se a certas formas de controle ambiental do comportamento (p 176).

Nesta concepção, o auto-reforçamento e o compromisso estariam relacionados ao autocontrole, porque ambos aumentam a probabilidade de que o comportamento sejam controlado por suas conseqüências de longo prazo. Para Rachlin (1974), o autocontrole é mais provável quando o indivíduo emite uma resposta que o impede, posteriormente, de escolher a alternativa de impulsividade, estratégia conhecida como compromisso prévio.

Goldiamond (1965, citado em Abreu-Rodrigues & Becker, 2004) considera autocontrole quando a própria pessoa estabelece contingências de maneira a alterar a probabilidade de um determinado comportamento ocorrer.

Logue (1995) aponta tanto fatores genéticos como ambientais como os responsáveis em afetar o desenvolvimento de autocontrole. Frequentemente as crianças são descritas como se comportando somente para obter gratificações imediatas, sem nenhuma habilidade para qualquer gratificação atrasada. É importante observar como o autocontrole muda em função do aumento da idade, ou seja, indivíduos mais velhos tem mais probabilidade de demonstrar autocontrole quando comparados com os mais novos. Logue (1995) descreve pesquisas que têm sido conduzidas sobre o desenvolvimento do autocontrole as quais têm empregado situações onde autocontrole e não a impulsividade é a resposta adaptativa. Neste bojo, observa-se uma visão de impulsividade como sendo algo ruim (indicando imaturidade) e autocontrole sendo sempre algo bom (indicando maturidade). Esta forma de ver o desenvolvimento de autocontrole é desaconselhável, visto que, em algumas situações, impulsividade e não autocontrole é a resposta mais adaptativa, por exemplo, quando uma criança só consegue que cuidem dela quando ela chora. Logue sugere que se observe se autocontrole é mais provável em certas idades, ou se uma escolha particular está mais presente e relacionada com a idade dos indivíduos.

Resultados de estudos descritos por Logue (1995), com crianças pré-escolares utilizando-se procedimentos de laboratório que estão sendo usados com adultos, indicando que crianças mostram menos autocontrole do que adultos, têm sugerido haver maior

autocontrole em crianças mais velhas ao terem seu desempenho em tarefas comparado com o de crianças menores, em intervalos que variam de 18 meses a 10 anos de idade. Contraditoriamente, não se consegue achar qualquer diferença de autocontrole na faixa entre 6 a 12 anos de idade. Crianças mais velhas são menos afetadas por resultados atrasados e são mais *capazes* de avaliar ganhos que estão no futuro distante. Já os resultados de experimento sobre autocontrole com adultos revelam-se marcadamente diferentes daqueles com experimento com crianças. Estudos de pesquisa básica, realizados em laboratório utilizando adultos como participantes, têm mostrado ser impossível obter consistente impulsividade para aquisição de recompensa. Entretanto, consistente impulsividade tem sido obtida em pesquisas básicas com adultos humanos somente quando impulsividade e não autocontrole foi a resposta adaptativa (Logue, 1995).

Sonuga-Barke, Lea e Webley (1989) descreveram os resultados obtidos em um experimento com 16 meninas com idades entre 4 a 12 anos submetidas a esquema de reforçamento de encadeamento concorrente, intervalo variado e atraso de reforço (10s, 20s, 30s, 40s e 50s). As crianças eram recompensadas com moedas para comprarem brinquedos e doces disponibilizados no ambiente experimental. O efeito do aumento do atraso para maior recompensa diferiu entre os grupos etários. O grupo de crianças de 6 a 9 anos de idade preferiu recompensas maiores e mais atrasadas sob todas as condições. Já a metade do grupo de crianças de 4 anos de idade e todos os participantes do grupo de 12 anos preferiram recompensas menores. Contudo, Bem (1967), em um experimento sobre autocontrole verbal, utilizou o conhecido procedimento de ensino *fading* e os resultados indicaram que autocontrole pode ser obtido experimentalmente em crianças de três anos de idade. Com este resultado, Bem sugere que a ausência de autocontrole encontrada em crianças muito pequenas se deve não a uma dificuldade de desenvolvimento, mas a um *déficit* de aprendizagem, indicando que a linguagem pode ganhar um novo significado funcional por meio de um procedimento de ensino e, portanto, que um procedimento de ensino pode ser necessário para emergência *natural* do autocontrole verbal. Embora o resultado desse estudo não determine que uma criança de qualquer idade possa ser treinada para obedecer as suas próprias instruções, isso enfatiza a importância do ensino no estabelecimento da auto-instrução efetiva.

Estes estudos sugerem que é possível desenvolver o autocontrole através de procedimentos de ensino-aprendizagem, mesmo com a existência de estudos citados por Logue (1995) indicando que a aquisição de autocontrole pode estar relacionada com a maturação do desenvolvimento humano, observado em crianças mais velhas ao serem comparadas com crianças menores. Então, por que, no estudo de Sonuga-Barke e cols. (1989),

crianças de 6 a 9 anos preferiram recompensas maiores e atrasadas e o grupo de 12 anos (mais velhas que as anteriores) preferiram recompensas menores, a exemplo do grupo de 4 anos? Por que o resultado da pesquisa de Bem (1967) mostra que é possível ensinar autocontrole para crianças de 3 anos de idade? Seriam as formas de ensino e os procedimentos que colaboraram para que se alcançassem tais resultados? Isso demonstra a necessidade de mais pesquisas utilizando procedimentos para obter autocontrole, especialmente em crianças com TDAH, as quais têm dificuldades claramente identificadas quanto ao controle comportamental.

Quanto às formas de ensino, existem aprendizagens por contingências e/ ou por regras. Neste estudo, torna-se necessário discorrer sobre comportamento governado por regras, por este estar relacionado à dificuldade que crianças com TDAH apresentam em seguir instruções e aderir a regras ao serem comparadas com outras crianças da mesma idade. Enquanto os comportamentos, em sua maioria, são controlados por direção e instrução do que ocorrem a nossa volta, os das crianças com TDAH ficam *fora do ar* ou elas se engajam em outras atividades que não foram as solicitadas (Barkley, 2002).

Para Albuquerque (2001), regras:

podem exercer múltiplas funções, podem evocar o comportamento por elas especificado, alterar as funções dos estímulos por elas descritos, exercer estes dois efeitos simultaneamente, e estabelecer comportamentos novos, antes destes comportamentos manterem contato com as suas conseqüências. Portanto, regras deveriam ser classificadas como estímulos antecedentes que podem descrever contingências e exercer múltiplas funções de regras (p.139).

Bentall, Lowe e Beasty (1985), em um experimento, investigaram o papel do comportamento verbal na aprendizagem humana relacionada às diferenças de desenvolvimento e constataram que crianças que já apresentam repertório verbal, porém sem habilidades para descrever corretamente o esquema em vigor, demonstram um padrão irregular e variado, sugerindo a importância de procedimentos de intervenção para que tais habilidades sejam observadas.

Em uma pesquisa realizada por Pouthas, Droit, Jacquet e Wearden (1990), sobre diferenciação temporal da duração de resposta em crianças de idades diferentes relacionadas às mudanças de desenvolvimento na relação entre comportamento verbal e não verbal, constataram-se diferenças de desenvolvimento na relação entre o comportamento não verbal e o comportamento verbal durante a aprendizagem operante. Aparentemente, apenas em

crianças de 11 anos há uma associação entre o desempenho no esquema de diferenciação temporal e o uso das verbalizações que relatam as características temporais. No entanto, em crianças mais jovens a diferenciação temporal com sucesso parece possível mesmo sem tais verbalizações sobre o tempo, ou seja, podem ocorrer com ausência de auto-instrução. Os resultados desse estudo sugerem que, embora crianças de 11 anos produzam aparentemente comportamento governado por regras sob controle verbal como fazem os adultos, os comportamentos de crianças mais jovens (menores de 11 anos) podem ser controlados diretamente pelas contingências de reforçamento mesmo quando seus repertórios verbais são ou estão desenvolvidos.

Essas pesquisas indicam que comportamento verbal desenvolvido auxilia na aquisição de comportamentos governados por regras, e que crianças mais novas ficam suscetíveis ao aprendizado por contingências mesmo quando seus repertórios verbais são bem desenvolvidos mas que parecem não ter adquirido a habilidade de descrever as contingências em vigor. Será que crianças mais novas ou com algum déficit maturacional que têm um repertório verbal bem desenvolvido estão mais predispostas ao aprendizado por contingências? Será que a criança que é portadora de TDAH, com nível maturacional atrasado para comportamentos característicos do quadro, não estariam, na verdade, é com dificuldades de descreverem as contingências, independentes do nível de repertório verbal já adquirido? Será que essas habilidades de descrever contingências podem ser treinadas? Para responder a essas questões é necessário o desenvolvimento de pesquisas que objetivem desenvolver repertório de descrição das contingências ambientais externas e internas (autodescrição).

Para Barkley (2002), o problema de adiamento de gratificação que a criança com TDAH possui revela que a incapacidade de prosseguir em tarefas enfadonhas é um sinal de imaturidade e pode estar relacionado a dificuldade que apresenta de seguir instruções e de descrevê-las para si. Quando as crianças crescem, adquirem melhor capacidade para resistir a tentações, salvo em atividades competitivas, embora os psicólogos não estejam completamente certos a respeito de qual mecanismo a maturidade produz, que permite a elas assim se desenvolverem. As crianças parecem falar consigo mesmas sobre a importância do trabalho, lembrando quais recompensas podem ganhar mais tarde por completar sua tarefa ou quais punições podem receber caso não a realizem, encontrando formas de fazer o trabalho de maneira mais interessante. Já as crianças com TDAH tendem a ter mais dificuldade em falar consigo mesmas, e para optar em trabalhar mais por uma recompensa maior disponível apenas adiante. Entender isso é crucial para auxiliar crianças com TDAH.

Kerbaux e Buzzo (1991) realizaram um experimento com 27 crianças de idade variando entre 6 anos e 7 meses a 7 anos e 10 meses, cujo objetivo consistia em verificar se a escolha por recompensas dependia do conhecimento da situação, de treino anterior em autocontrole, ou se a situação experimental favorecia a aprendizagem de autocontrole. As crianças participaram de três fases, sendo que na Fase III foram submetidas a Intervalo de Tempo Variável – VI relativo ao final da Fase II. A criança era colocada em situação de escolha entre uma recompensa menor imediata e outra maior, porém atrasada. Os resultados mostraram que os grupos não diferiam entre si quanto ao esperar por recompensa imediata ou atrasada, por conhecer previamente o experimentador, ou por ter a recompensa visível ou escondida. As crianças aprendiam com a situação experimental e passaram a esperar após serem submetidos a ela. A frequência do comportamento total dos sujeitos foi maior naqueles que não esperaram, do que dos sujeitos que esperaram pela recompensa maior, à exceção dos comportamentos de automanipulação. Em ambos os casos houve grande número de comportamentos motores e de exame do ambiente em detrimento dos outros comportamentos. Os dados demonstraram que o fato do sujeito ser submetido a este procedimento mais de uma vez, como treino, é eficaz para levá-lo a esperar pela recompensa maior. Considerou-se então que, na amostra estudada, um dos fatores determinantes de esperar por recompensa seria o treino anterior. É possível admitir que o mesmo facilite o comportamento de autocontrole, aqui definido como esperar pela recompensa maior.

Em um experimento, Neef, Bicard e Endo (2001) avaliaram uma abordagem combinada de manipulação de dimensões de reforçadores e atraso do procedimento de desvanecimento para promover o desenvolvimento de autocontrole com três estudantes diagnosticados com TDAH, dois meninos de 9 e 11 anos e uma menina de 9 anos. Primeiro, administrou-se uma tarefa básica no computador para determinar a influência da taxa de reforço (R), qualidade de reforço (Q), imediaticidade do reforço (I) e esforço (E) na escolha entre problemas de matemática apresentados concorrentemente, sendo que o esquema de reforço foi de intervalo variável VI (30s, 60s e 90s). Durante cada sessão, uma destas dimensões foi colocada em competição direta com outras dimensões (RvI – altas taxas atrasadas de reforçamento vs. taxas baixas de reforçamento imediato), com todos os possíveis pares de dimensão apresentadas ao longo de seis condições de avaliação (RvQ, RvI, RvE, QvI, QvE, IvE). A avaliação revelou que a escolha de todos os três estudantes foi mais influenciada por imediaticidade de reforçamento, refletindo presença de impulsividade de acordo com o critério diagnóstico do TDAH. Foi implementado um procedimento de treino de autocontrole no qual reforçadores imediatos (RvI ou QvI) competiram com outras dimensões,

e o atraso associado com reforçador de altas taxas ou com a qualidade de reforçador alternativo foi progressivamente aumentado. Os estudantes destinaram a maioria de seu tempo para alternativas de problemas de matemática, produzindo reforçamentos mais frequentes (alta taxa) ou preferidos (alta qualidade) apesar de atrasos de 24 horas. Avaliações subseqüentes foram realizadas e mostraram que o autocontrole transferiu-se ao longo das dimensões de reforçamento não treinadas, denotando presença de generalização.

Binder, Dixon e Ghezzi (2000) realizaram um estudo com três crianças com TDAH com dificuldade freqüente em responder as tarefas na pré-escola e em ambiente domiciliar, sendo dois meninos de 3 e 5 anos e uma menina com 4 anos. Os objetivos deste estudo foram: (a) reverter impulsividade de crianças com hiperatividade e déficit de atenção (TDAH) para aprenderem a selecionar reforçadores atrasados, e (b) examinar o efeito de diferentes tipos de atividades verbais sobre a tolerância a atrasos, usando um atraso progressivo/ procedimento de atividade concorrente.

Binder e colaboradores utilizaram uma *linha de base* na qual a criança era solicitada a escolher entre uma das quantidades dos itens preferidos (biscoitos de chocolate e batatas doces). Ficavam disponíveis duas quantidades: pequena (metades dos itens preferidos do participante e grande (itens inteiros preferidos do participante). Após cada criança escolher o item, falava-se para a criança esperar o máximo que pudesse para comer. Uma vez que a criança esperasse, o experimentador liberava o item escolhido e a sessão era finalizada. As crianças foram expostas a *escolha na linha de base, parte 1*: cada criança foi solicitada a escolher de imediato entre um item menor e um item maior com atraso. A seguir as crianças foram submetidas a *escolha na linha de base, parte 2*: tanto quantidades grandes quanto pequenas de itens foram disponibilizadas imediatamente. No *treino de autocontrole*, durante cada sessão, perguntou-se à criança se queria um item menor ou gostaria de um item maior. Houve o procedimento de *variação no treinamento do autocontrole* após a finalização bem sucedida da fase de treinamento do autocontrole, sendo que uma variação do treinamento foi introduzida para avaliar com mais clareza diferenças entre o tipo de atividade concorrente durante o atraso. Os resultados mostraram que durante a linha de base, em 100% das suas escolhas, os participantes escolheram item menor em comparação ao item maior com atraso. Na condição em que ambas as conseqüências estavam disponíveis imediatamente foram escolhidos itens maiores em 100% das vezes. No treino de autocontrole manteve-se alta a preferência por reforçadores de maior valor, apesar de ocorrer durante o atraso da atividade e continuou durante a variação no treinamento em que os participantes foram solicitados a repetir uma frase aleatória ou simplesmente esperar.

Queiroz e Guilhardi (2002) realizaram um estudo de intervenções psicoterápicas com um único sujeito, um menino de 10 anos de idade, que frequentava a 3ª série e apresentava excessos comportamentais: hiperatividade em casa e na escola; e competitividade e agressividade em relação a colegas de classe. O estudo teve como objetivo a redução desses excessos. O procedimento adotado para lidar com a competição e a agressividade consistiu em levá-lo a observar seus comportamentos e sentimentos com o uso de uma gravação com a frase *Observe seu comportamento*, observar os comportamentos e inferir os sentimentos dos outros (terapeuta) e observar seus comportamentos e sentimentos após o comportamento do outro. A terapeuta consequenciava os tactos³ adequados com reforçamento social generalizado, apresentava SDs ou modelos verbais quando os tactos eram distorcidos, oferecia modelos verbais e comportamentais para desenvolver repertórios não competitivos no cliente e também consequenciava os repertórios adequados e inadequados já existentes. A generalização desses novos comportamentos foi programada para os ambientes naturais do cliente (escola e família). Os procedimentos para lidar com a hiperatividade consistiram em usar reforçamento diferencial de outro comportamento com tempo limitado para disponibilidade de reforço que se iniciou com segundos e reduziu-se até zero (DRO *lh* segundos até 0 segundo – Reforçamento diferencial de outros comportamentos ou comportamento zero com disponibilidade limitada de reforçamento segundos até 0 segundo) nas sessões seguintes. Os resultados mostraram: cooperação nos jogos e elogios aos desempenhos da terapeuta. A professora revelou que este padrão comportamental se generalizou para escola no relacionamento com os colegas e houve redução da agressividade; o mesmo ocorreu em casa. Houve também redução da hiperatividade nas sessões e generalização deste padrão para a escola e família.

Estudos como de Queiroz e Guilhardi (2002) sugerem que se podem adquirir respostas de autocontrole em condições de treino, assim como habilidades de descrever contingências em vigor para si e para os outros, utilizando princípios da análise do comportamento em pesquisa aplicada. Torna-se relevante, pois, a ampliação de pesquisas aplicadas que visem análise de procedimentos que favoreçam a aquisição e manutenção de repertórios que possam minimizar os prejuízos impostos pelo TDAH.

³ Tacto: *pode ser definido como um operante verbal, no qual uma resposta de certa forma é evocada (ou pelo menos reforçada) por um objeto particular ou um acontecimento ou propriedade de objeto ou acontecimento. Explicamos a força mostrando que na presença desse objeto ou acontecimento tal resposta é caracteristicamente reforçada em determinada comunidade verbal (Skinner,1978).*

OBJETIVO PRINCIPAL

Verificar a eficácia do uso de esquemas de reforçamento diferencial (DRO) e de atraso de reforço na instalação, aumento e manutenção da frequência de respostas de autocontrole em crianças com diagnóstico de TDAH, ao serem comparadas com respostas de hiperatividade-impulsividade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar quais os efeitos que decorrem da aplicação do uso de esquema de reforçamento diferencial (DRO) e de atraso de reforço no comportamento de crianças com TDAH.
2. Verificar se ao instalar respostas de autocontrole, se reduzem respostas de hiperatividade em crianças com TDAH.

MÉTODO

1. Participante

Uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade ao início do estudo, encaminhada pelo serviço de Neuropediatria do ambulatório de um hospital universitário na cidade de Belém – PA, com diagnóstico de TDAH e prescrição de farmacoterapia.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de TDAH emitido pelo serviço de Neuropediatria com base nos critérios diagnósticos relacionados no DSM-IV (Anexo 1), (2) autorização dos responsáveis pela criança, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2a), e (3) estar em idade escolar entre seis a dez anos. Foram excluídas deste estudo, crianças com menos de seis e com mais de dez anos de idade, as que apresentassem comorbidades e as que não tiveram a participação autorizada pelos responsáveis. A indicação para o uso de farmacoterapia não foi utilizada como critério de inclusão ou de exclusão neste estudo.

2. Ambiente

A coleta de dados foi realizada predominantemente em uma sala destinada ao atendimento infantil no ambulatório do hospital, medindo cerca de 12,00 m², composta por objetos como mesa, cadeiras, armários com brinquedos, quadro de giz e espelho (Anexo 6 - Planta baixa). Também foram coletadas informações no ambiente escolar do participante, mediante a realização de entrevistas com os professores.

3. Materiais e Equipamentos

No decorrer da pesquisa, foram utilizados gravador portátil e fitas de áudio, câmera de vídeo portátil marca JVC e fitas VHS, caneta esferográfica, materiais para desenho e pintura (papel sem pauta, lápis preto, lápis de cor, canetas hidrográficas, giz de cera e giz para quadro de giz), massa de modelar e os seguintes jogos: Cai-não-Cai, Cara Maluca, Cara a Cara, Cilada, Dama, Dominó 1 e 2, Lince, Memória 1 e 2, Monta Tudo (96 peças), Pula Macaco, e Poke-Tapa (Anexo 7). Também foram utilizados cartões emborrachados, na cor branca, sendo vinte com o desenho do sinal + (mais), e vinte com o desenho do número 0 (zero), quatro recipientes plásticos (sendo dois com tampa azul e dois com tampa verde), além de brinquedos utilizados como reforçadores arbitrários.

Os materiais lúdicos acima descritos foram selecionados de acordo com a classificação e análise de materiais lúdicos, especificamente o Sistema ESAR (Garon, 1992) como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Materiais selecionados de acordo com Sistema ESAR de classificação e análise de materiais lúdicos.

Classificação ESAR	Tarefas
Jogo de regras simples (Jogos de destreza)	Basquete-espacial Pula macaco Poketapa
Jogo de regras simples (jogo de estratégia elementar)	Dama
Jogo de regras simples	Dominó 1 e 2
Jogo de regras simples, condutas cognitivas e habilidades funcionais	Cara-Maluca Cai-não-Cai Cilada Lince Memória 1 e 2
Jogo de regras simples, condutas cognitivas e habilidades funcionais	Cara-a-Cara
Jogo de acoplagem (jogo de acoplagem artística)	Modelagem
Jogo de acoplagem (jogo de construção)	Monta tudo

4. Instrumentos

Os instrumentos utilizados durante a pesquisa foram: Roteiro de entrevista com a neurologista (Anexo 3a), Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis e para os professores (Anexos 2a e 2b), Escala CBCL⁴ (Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes - Anexo 4a), Roteiro de entrevista inicial com os responsáveis (Anexo 3b), Ficha de monitoramento do comportamento da criança (Anexo 5), Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) versão para professores⁵ (Anexo 4b), Roteiro de entrevista com o professor (Anexo 3c), e Roteiro de Entrevista de Follow-up (Anexo 3d).

5. Procedimento de coleta dos dados

Utilizou-se um delineamento do tipo ABA. A coleta de dados para este estudo foi realizada por meio de entrevistas, aplicação de instrumentos padronizados e observação direta do comportamento mediante filmagem de sessões de intervenção, totalizando 7 etapas (Anexo 8): (1) Entrevista com a neuropediatra; (2) Análise de prontuário e convocação; (3) Entrevista Inicial com os Responsáveis; (4) Visita à escola e entrevista com os professores; (5) Sessões de observação direta (Linha de base – avaliação inicial, Habituação às regras, Instalação de comportamentos de autocontrole (DRO 3' 1h 10" 10"), Manutenção de comportamentos de autocontrole (DRO 6' 1h 5" 15"), *Fading-out* (Passo 1 (DRP 9' 3" 20"), Passo 2 (DRO 9' 0" 20"), Passo 3 (DRO 9' 0" 20")) e Avaliação da estabilidade de comportamentos de autocontrole; (6) *Follow-up*; e (7) Encerramento.

Etapa 1: Entrevista com a neuropediatra

Inicialmente realizou-se uma entrevista com a neuropediatra do ambulatório do hospital universitário, utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo 3a), com objetivo de: (a) obter esclarecimentos sobre os critérios que têm sido adotados em suas avaliações diagnósticas referentes ao TDAH, (b) apresentar o projeto, esclarecendo os objetivos do mesmo, e (c) entrar em acordo quanto aos critérios que seriam adotados na

⁴ Achenbach (1991)

⁵ Benczik (2000)

realização dos encaminhamentos, os quais deveriam corresponder aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos para seleção do participante desta pesquisa.

Foram realizados contatos telefônicos e reuniões com a neuropediatra durante o processo de seleção dos participantes, assim como durante o período em que o participante foi exposto às condições do procedimento, com o objetivo de se esclarecer dúvidas quanto à avaliação diagnóstica, uso e efeitos do medicamento prescrito e sobre a evolução do quadro comportamental do participante a partir da introdução do tratamento farmacoterápico e psicoterápico.

Etapa 2: Análise de prontuário e convocação

Nesta etapa ocorreu a análise dos prontuários dos pacientes encaminhados pela neuropediatra, com o objetivo de levantar dados de identificação para estabelecer contatos com os responsáveis e confirmar os critérios de inclusão acordados anteriormente. Os contatos para convite aos responsáveis ocorreram por meio de telefonema. Nesta ocasião foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e os critérios de participação estabelecidos, sendo agendada a primeira entrevista com os responsáveis no ambulatório do hospital.

Foram encaminhados nove casos pela neuropediatra e um caso foi selecionado de pesquisa aos prontuários, no qual constava avaliação diagnóstica da neuropediatra. Dos oitos casos encaminhados, foram excluídos: três casos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e dois casos devido o encaminhamento ter ocorrido após a seleção dos participantes. Foram então selecionados quatro casos, os quais foram expostos ao procedimento. Dentre esses quatro casos, houve uma desistência por parte da mãe do paciente, e três casos que permaneceram até a sua conclusão; dentre estes quais, um concluiu todas as etapas estabelecidas dentro do cronograma do estudo, sendo este selecionado para ser aqui descrito e avaliado na forma de estudo de caso único.

Etapa 3: Entrevista Inicial com os Responsáveis

Inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2a) foi lido com os responsáveis, de modo que estes fossem informados sobre os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, assim como as atribuições da terapeuta pesquisadora (TP), do participante e de seus responsáveis. Realizados estes esclarecimentos, os responsáveis que concordassem com a participação do seu filho na pesquisa foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento.

Nesta entrevista inicial, os responsáveis também foram solicitados a responder a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes – CBCL (Anexo 4a), e a seguir responder as perguntas contidas em um roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo 3b). Durante esta entrevista foi feito o levantamento de reforçadores materiais os quais serviriam de referência para as sessões de intervenção com o participante.

Ao final, os responsáveis foram instruídos quanto ao preenchimento de uma ficha de monitoramento (Anexo 5), na qual deveriam registrar os comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade de seu filho e as situações em que estes ocorriam. Esta ficha deveria ser entregue pelos responsáveis na ocasião do primeiro atendimento do participante.

Etapa 4: Visita à escola e entrevista com os professores

Com objetivo de obter informações sobre o comportamento da criança em outro contexto além do familiar e do ambulatorial, realizaram-se visitas a duas escolas freqüentadas pelo participante. Inicialmente visitou-se a escola que o participante freqüentava durante as sessões de intervenção; em seguida, a escola que o participante havia freqüentado no período anterior ao início da coleta de dados, e à época do diagnóstico da neuropsiquiatria.

As entrevistas foram previamente agendadas por meio de contato telefônico com diretores ou coordenadores de cada escola. Na ocasião, verificaram-se as exigências e horários convenientes para os professores e para a escola e acordava-se o dia e horário para sua realização no ambiente escolar. No momento da entrevista, entregava-se à direção e/ou coordenação um documento explicando a natureza da pesquisa, sua procedência, assim como o uso de gravação, solicitando-se a autorização do professor (Anexo 2b).

Cada professor inicialmente preenchia a Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), versão para professores (Anexo 4b), e em seguida respondia as perguntas contidas em um roteiro de entrevista (Anexo 3c).

Etapa 5: Sessões de observação direta

As sessões de observação direta com o participante foram realizadas em uma sala de atendimento do ambulatório do hospital universitário adaptada à clientela infantil, no horário da tarde, com intervalo médio de sete dias, e com uma duração média de 60 minutos, sendo este último o principal critério utilizado para o encerramento de cada sessão.

As sessões eram filmadas em câmera de vídeo portátil VHS e gravadas em áudio com o consentimento dos responsáveis e o conhecimento do participante. A câmera filmadora era posicionada dentro de um armário permanecendo assim até o final de cada sessão, em local

previamente selecionado utilizando-se como critério a visibilidade da mesa na qual eram dispostas as tarefas que seriam executadas durante a sessão. Um espelho na parede da sala permitia o registro da mobilidade do participante pela filmadora (Anexo 6).

Ao final de cada sessão, independente do procedimento utilizado, o participante era solicitado a relatar como foi a sessão para ele. O objetivo dessa solicitação era acompanhar o quanto o participante conseguia descrever as contingências presentes durante o atendimento, as regras estabelecidas pela TP, os estímulos discriminativos, seus comportamentos e suas conseqüências, permitindo análise das descrições realizadas pelo participante de seus comportamentos e sobre o ambiente.

As sessões de observação foram distribuídas em seis fases: (1) linha de base; (2) habituação às regras; (3) instalação de comportamentos de autocontrole; (4) manutenção de comportamentos de autocontrole; (5) *fading out*; e (6) avaliação da estabilidade de comportamentos de autocontrole.

Fases da observação direta

(1) Linha de base – avaliação inicial

O participante foi submetido a duas sessões de linha de base. Na primeira sessão os objetivos foram: (1) estabelecer *rapport* e apresentar o ambiente da sala de atendimento; (2) esclarecer o motivo de sua participação no estudo e possíveis dúvidas; (3) descrever as regras do atendimento psicoterápico quanto ao uso da sala, dos objetos e dos brinquedos; horários e duração de atendimentos; (4) orientar quanto ao relacionamento com a terapeuta-pesquisadora e com a auxiliar de pesquisa; (5) levantar reforçadores preferenciais do participante; e (6) obter linha de base dos comportamentos de hiperatividade-impulsividade e de autocontrole. Na segunda sessão os objetivos foram: (1) continuar estabelecendo *rapport* com o participante; (2) reiterar o motivo de sua participação no estudo e esclarecer as dúvidas que permanecessem, descrevendo novamente as regras do atendimento psicoterápico; e (3) obter uma avaliação da estabilidade na linha de base dos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade.

Na primeira sessão, o participante foi conduzido da sala de espera até a sala de atendimento pela TP. Inicialmente a terapeuta se apresentou e fez o mesmo com a auxiliar de pesquisa, informando ao participante as suas funções. Em seguida, a TP questionou o participante quanto ao conhecimento que este tinha sobre o motivo de sua presença na sala de atendimento e sobre a função de uma psicóloga, informando sobre a rotina de atendimento semanal, a duração, a pontualidade e a frequência. Apresentou os brinquedos que ficariam disponíveis naquela sessão, dentre os quais o participante poderia escolher com quais gostaria

de brincar, esclarecendo que a TP brincaria com ele sempre que ele quisesse e que, todas as vezes que ele terminasse de brincar com um brinquedo, deveria guardá-lo antes de mudar para a próxima escolha. Nesta primeira sessão foram disponibilizados ao participante jogo simbólico (jogo de representação) jogos de acoplagem e de regras simples: Desenho e pintura, Dominó 1, Memória 1 e 2, Monta tudo, Poketapa e Pula macaco.

Na segunda sessão, o participante foi conduzido à sala de atendimento da mesma forma que na sessão anterior e, ao iniciar a sessão, descreveram-se novamente as instruções de atendimento e comunicou-se para o participante a introdução de dois novos jogos de regras simples, além dos contidos na primeira sessão: Dama e Dominó 2 (*Tradicional*).

A função da auxiliar de pesquisa era observar o comportamento do participante e o que de relevante ocorria durante a sessão, colaborando com a terapeuta-pesquisadora na realização de registros; esteve presente nas sessões de linha de base até as sessões de DRO 3'10"10". Coube à TP intervir nos casos em que o participante solicitava a sua colaboração em alguma atividade, como também quando era necessário adotar comportamentos de prevenção e cuidado com o participante, evitando que este se machucasse em situações de risco. Nesta etapa os comportamentos do participante não foram conseqüenciados diferencialmente.

Os materiais lúdicos e os jogos utilizados na aplicação dos procedimentos durante as sessões, desde a linha de base até o final da intervenção com o participante, foram selecionados para serem apresentados, em cada condição e fase, de acordo com uma ordem crescente de complexidade, ou seja, dos considerados de menor aos de maior complexidade e grau de exigência. Os jogos foram selecionados de acordo com suas funções, as quais tinham como objetivo desenvolver: atenção, concentração, capacidade de espera, coordenação motora e tolerância à frustração.

(2) Habituação às regras

O participante foi submetido a duas sessões de habituação às regras realizadas com o objetivo de verificar como o participante se comportaria com a introdução de novas regras relacionadas ao atendimento e à execução de tarefas, com a redução da disponibilidade de materiais lúdicos e jogos. Os brinquedos disponíveis nessa fase foram: jogo de Memória 1 e 2, Dominó 1 e 2 e Cara Maluca.

O participante foi comunicado que daquela sessão em diante seria modificada a forma de brincar e que as tarefas executadas em cada sessão seriam pré-estabelecidas pela TP, sendo

escolhida pelo participante apenas a ordem dos brinquedos com que desejaria iniciar as atividades em cada sessão. Ficou estabelecido que: (1) ele poderia escolher com qual atividade, entre as disponibilizadas pela TP, gostaria de iniciar; (2) a escolha da atividade seguinte seria feita pela TP; (3) a terapeuta-pesquisadora participaria de todas as brincadeiras que necessitassem de mais de uma pessoa; (4) se, ao escolher um brinquedo, ele não soubesse como brincar, deveria falar para TP que esta o ensinaria e que o mesmo aconteceria quando fosse a vez da TP escolher o brinquedo; (5) o participante era informado que deveria ficar sentado, se manter no local em que estava brincando, prestando atenção à brincadeira e falando sobre assuntos relacionados à brincadeira na qual estivesse participando; (6) só poderia passar para outra atividade após ter concluído a que estava brincando e guardado o brinquedo, e (7) só poderia executar uma atividade de cada vez.

Em seguida, pediu-se ao participante para descrever à TP as instruções que haviam sido estabelecidas para a sessão, permitindo-se o esclarecimento das mesmas. O procedimento de solicitar ao participante a descrição das regras estabelecidas em cada sessão foi utilizado regularmente a partir dessa fase.

Nas duas sessões de habituação às regras, o participante passou a ser conseqüenciado com cartões emborrachados com sinal de mais (+) no caso de ter apresentado comportamentos correspondentes às instruções estabelecidas, e com cartões emborrachados com sinal de zero (0) no caso de ter apresentado comportamentos não correspondentes às instruções. Os cartões eram entregues quando o comportamento do participante correspondia, ou não, às instruções 5, 6 e 7 descritas acima, segundo a avaliação da TP.

Ao longo de cada sessão, a TP intervinha: (a) lembrando o participante acerca das contingências estabelecidas, (b) em possíveis situações de risco ao participante e (c) liberando ao término de cada tarefa, emparelhados aos cartões +, reforços sociais contingentes à emissão de comportamentos compatíveis com o que havia sido solicitado, isto é, comportamentos de seguir as instruções estabelecidas.

(3) Instalação de comportamentos de autocontrole (DRO 3' lh 10" 10")

Após ter participado das sessões de habituação às regras, o participante foi submetido a sessões do procedimento de DRO 3 minutos com disponibilidade limitada (*limited hold -lh*) de 10 segundos para reforçar o comportamento, devendo permanecer com a mesma resposta por 10 segundos.

O procedimento de intervenção consistiu na apresentação, em um gravador de áudio a cada três minutos, de um apito seguido da gravação: *Veja o que você está fazendo agora*. O

participante tinha dez segundos para emitir uma resposta incompatível com hiperatividade-impulsividade, devendo permanecer desse modo por dez segundos. As respostas incompatíveis com hiperatividade-impulsividade esperadas para o contexto das sessões incluíam: ficar sentado, manter-se no local em que estivesse brincando, prestar atenção à brincadeira e falar sobre assuntos da brincadeira da qual estava participando, devendo permanecer desta maneira pelo período de tempo estabelecido no esquema.

Ao comportar-se tal como descrito nas instruções, o participante ganhava um ponto (cartão de +); emitindo respostas incompatíveis com o que foi descrito nas instruções, não ganhava ponto (cartão de 0). Ao ganhar ponto, retirava um cartão com sinal de + (mais) de um recipiente de plástico com tampa azul que ficava ao lado da TP e deveria colocá-lo em um recipiente de plástico com tampa azul localizado ao lado do participante; quando não ganhava pontos, o participante retirava um cartão contendo o número 0 (zero) de um recipiente de plástico com tampa verde e deveria depositá-lo em um outro recipiente de plástico com tampa verde localizado ao lado do participante.

Os pontos + eram trocados após cada sessão por reforços arbitrários (brinquedos), selecionados dentre aqueles disponíveis de acordo com as informações dos pais do participante, correspondentes ao número de cartões que obteve. Quanto mais cartões o participante acumulasse, mais acesso teria aos reforços de maior valor. A terapeuta elogiava o desempenho do participante diante das tarefas propostas, somente quando o mesmo se comportasse de acordo com os critérios estabelecidos.

A identificação dos reforços arbitrários (brinquedos) a serem disponibilizados ao participante foi realizada mediante consulta aos responsáveis durante a entrevista inicial, e com o participante nas sessões de linha de base. Os brinquedos foram distribuídos pela TP em seis intervalos (1 a 3, de 4 a 6, de 7 a 9, 10 a 12, 13 a 14 e de 14 a 20 pontos) e disponibilizados ao participante em cada sessão deste esquema e do esquema seguinte (DRO 6'lh 5"15"). O critério utilizado para o participante mudar de fase foi obter cinco pontos ou mais em cada uma de duas sessões consecutivas.

(4) Manutenção de comportamentos de autocontrole (DRO 6'lh 5"15")

Em seguida, o participante foi submetido a sessões com o valor de DRO ampliado para 6 minutos, reduzindo a disponibilidade limitada (*lh*) para 5 segundos e com aumento no tempo em que o participante deveria manter a resposta incompatível com hiperatividade-impulsividade para 15 segundos.

Foram descritas ao participante as mesmas instruções da fase anterior, com destaque para a alteração no tempo do esquema de reforçamento. O participante foi comunicado que continuaria a obter pontos (cartões +) caso emitisse respostas adequadas, sendo que, a partir dessa sessão, para cada resposta adequada ganharia dois pontos. Novamente os pontos poderiam ser trocados por reforços arbitrários (brinquedos) após cada sessão, correspondentes ao número de cartões que obteve. Quanto mais cartões, mais acesso a reforços de maior valor.

Ao final de cada sessão de manutenção informou-se ao participante que, caso desejasse, poderia reservar metade de seus cartões + para adicionar aos que ganhasse na próxima sessão e ter acesso a um reforço de valor ainda maior do que os já conhecidos. O critério estabelecido para mudança de fase foi o participante obter 10 pontos ou mais em cada uma de duas sessões consecutivas.

(5) *Fading out*

Após o participante ter sido submetido à fase de manutenção do comportamento de autocontrole, iniciou-se o procedimento de *fading - out* com o objetivo de transferir o controle do estímulo reforçador material para estímulo reforçador verbal e *natural*, enquanto se mantinha o reforçamento diferencial visando à manutenção de respostas de autocontrole e redução de respostas de hiperatividade-impulsividade.

Este procedimento foi realizado em três passos: *Fading - out* 1, 2 e 3; em todos, eram disponibilizados quatro jogos ao participante, permitindo-se que o mesmo iniciasse a sessão escolhendo com qual jogo gostaria de brincar.

Nas sessões de *fading - out*, eram comunicadas ao participante as mesmas instruções das fases anteriores quanto ao uso da gravação e aos comportamentos esperados, exceto quanto à disponibilidade dos reforços. Em todos os passos os reforços arbitrários (brinquedos) eram distribuídos de acordo com as possibilidades de pontos a serem obtidos e trocados de acordo com as instruções do procedimento de cada passo. Na primeira sessão do passo 1, o participante foi solicitado a dispor em ordem hierárquica, os brinquedos disponibilizados como reforços arbitrários, já nos passos 2 e 3 foi a TP que dispôs em ordem hierárquica os reforços arbitrários (brinquedos) disponibilizados, com base na distribuição do participante no Passo 1. Os valores foram distribuídos da seguinte maneira: (1) em quatro intervalos (de 1 a 3, de 4 a 6, de 7 a 9 e de 9 em diante) no passo 1; (2) em três intervalos (de 1 a 2, de 3 a 4 e de 5 em diante) no passo 2; e (3) em três intervalos (de 1 a 2, de 3 a 4 e de 5 em diante) no passo 3.

Concluída a atribuição dos valores entre os brinquedos, estes ficavam guardados e só eram reapresentados ao participante ao final de cada sessão.

Passo 1 (DRO 9' 3"20')

No passo 1, o valor de DRO foi alterado para 9 minutos, reduzindo-se a disponibilidade limitada (*lh*) para 3 segundos, com aumento do tempo em que o participante mantinha a resposta incompatível com hiperatividade-impulsividade para 20 segundos.

O participante era comunicado que continuaria a obter pontos (cartões +) caso emitisse as respostas esperadas. Ao emitir respostas compatíveis com a tarefa em duas tentativas consecutivas, ganharia 4 pontos, podendo retirar 4 cartões + e guardá-los até o final da sessão, do mesmo modo que nas sessões anteriores, retirando cartões 0 no caso de não apresentar respostas compatíveis. Nesse passo, o participante poderia obter em cada sessão no mínimo 8 e no máximo 12 pontos, dos quais poderia trocar somente 8 por reforços arbitrários (brinquedos).

Ao final de cada sessão, informava-se ao participante que, caso desejasse, poderia reservar metade ou mais dos 8 pontos ganhos para adicionar aos que viesse a ganhar na próxima sessão, quando poderia trocar por reforços arbitrários (brinquedos) de maior valor.

Os critérios utilizados para passar à fase 2 era que o participante alcançasse no mínimo 8 pontos em cada uma de duas sessões consecutivas.

Passo 2 (DRO 9' 0"20" – 4p)

Nesse passo o valor de DRO foi mantido em 9 minutos, com redução da disponibilidade limitada (*lh*) para 0 segundo e permanência do tempo em que o participante mantinha a resposta incompatível com hiperatividade-impulsividade para 20 segundos.

O participante era comunicado que continuaria a obter pontos (cartões +) caso emitisse as respostas esperadas e incompatíveis com a hiperatividade-impulsividade. Ao emitir respostas compatíveis com a tarefa em duas tentativas consecutivas, ganharia 4 pontos, podendo retirar 4 cartões + e guardá-los até o final da sessão, do mesmo modo que nas sessões anteriores, retirando cartões 0 no caso de não apresentar respostas compatíveis. Nessa fase, o participante poderia obter em cada sessão no mínimo 8 e no máximo 12 pontos, dos quais poderia trocar somente 4 por reforços arbitrários.

Ao final de cada sessão, informava-se ao participante que, caso desejasse, poderia reservar metade ou mais dos 4 pontos ganhos para adicionar aos que viesse a ganhar na próxima sessão, quando poderia trocar por reforços arbitrários (brinquedos) de maior valor.

Os critérios utilizados para passar para o passo 3 eram que o participante alcançasse no mínimo 8 pontos em cada uma de duas sessões consecutivas.

Passo 3 (DRO 9' 0"20" – 2p)

Quando o participante atingiu os critérios adotados para mudança de passo, manteve-se o DRO em 9 minutos, o *lh* em 0 segundo e permanência do tempo em que o mesmo mantinha a resposta incompatível com hiperatividade-impulsividade para 20 segundos.

Neste passo, o participante era comunicado que continuaria a obter pontos (cartões +) caso emitisse as respostas esperadas e incompatíveis com a hiperatividade-impulsividade. Ao emitir respostas compatíveis com a tarefa em duas tentativas consecutivas, ganharia 4 pontos, podendo retirar 4 cartões + e guardá-los até o final da sessão, do mesmo modo que nas sessões anteriores, retirando também cartões 0 no caso de não apresentar respostas compatíveis. Nesse passo, o participante poderia obter em cada sessão no mínimo 8 e no máximo 12 pontos, dos quais poderia trocar somente 2 por reforços arbitrários (brinquedos).

Ao final da primeira sessão, informava-se ao participante que, caso desejasse, poderia reservar metade ou mais dos 2 pontos ganhos para adicionar aos que viesse a ganhar na próxima sessão, quando poderia trocar por reforços arbitrários (brinquedos) de maior valor. Ao final da segunda sessão foi sinalizado para o participante que se quisesse poderia ainda reservar pontos, os quais não poderiam ser mais adicionados a outros pontos na próxima sessão.

O critério utilizado para passar à fase seguinte era que o participante alcançasse até no mínimo 8 pontos em cada uma de duas sessões consecutivas.

(6) Avaliação da estabilidade de comportamentos de autocontrole

Nesta fase foram realizadas três sessões de observação para investigar a estabilidade dos comportamentos de autocontrole apresentados pelo participante. Os objetivos desta fase foram verificar a ocorrência de manutenção dos comportamentos de autocontrole e da redução dos comportamentos de hiperatividade-impulsividade na presença de alterações no procedimento como: redução das instruções, retirada da gravação com o apito e a frase *Veja o que você está fazendo agora*, ausência de pontuação e conseqüentemente de reforços

arbitrários (brinquedos), mantendo-se os reforços sociais. Deve-se ressaltar que os reforços arbitrários poderiam ser liberados na primeira sessão se estivessem relacionados à reserva de pontos da última sessão do passo 3 do esquema anterior. O objetivo seria garantir a aquisição e manutenção de comportamentos de *esperar* relacionados ao atraso de reforço somente na primeira sessão desta fase.

Foram descritas ao participante as mesmas instruções de atendimento utilizadas no procedimento de Linha de base, ressaltando-se as modificações descritas acima quanto à suspensão da gravação, pontuação e reforços.

Nesta etapa, os brinquedos disponíveis (Anexo 4) ao participante foram: Cara a cara, Cara Maluca, Lince e Monta tudo (1ª. Sessão); Cara a cara, Cara maluca, Cilada, Dominó, Dama, Lince, Monta Tudo e Pula Macaco (2ª. Sessão); e Basquete, Cara a cara, Cara maluca, Cilada, Dominó, Dama, Lince, Monta tudo, Poketapa e Pula Macaco (3ª. Sessão)

Ao final da última sessão, foi entregue aos pais do participante uma Ficha de Monitoramento do Comportamento da Criança (Anexo 5), com o objetivo de que os responsáveis anotassem a emissão dos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade e em qual ocasião ocorressem no ambiente doméstico.

O critério utilizado para passar à penúltima etapa do procedimento, ou *follow-up*, foi que o participante apresentasse maior frequência de respostas de autocontrole em relação às respostas de hiperatividade-impulsividade, em uma variação mínima de 10% a favor de autocontrole, a qual deveria ser alcançada, no mínimo, em duas sessões consecutivas.

Etapa 6: *Follow-up*

Realizaram-se duas sessões de *follow-up* por meio de entrevistas com os responsáveis. A primeira sessão foi realizada uma semana após a primeira sessão de observação da estabilidade de comportamentos de autocontrole com o participante; a segunda sessão de *follow-up* ocorreu três semanas após a última sessão com o participante. Para a coleta de dados na primeira sessão, se utilizou um roteiro de entrevista semi-estruturada com os responsáveis (Anexo 3d). Na segunda sessão, se aplicou novamente a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes – CBCL (Anexo 4a) e fez-se a análise da Ficha de Monitoramento do Comportamento da Criança (Anexo 5) preenchida pelos responsáveis.

Etapa 7: Encerramento

Foi realizada uma entrevista com os responsáveis, cerca de dois meses após o *follow-up*, com o objetivo de apresentar-lhes os resultados obtidos com a pesquisa, coletar informações acerca do comportamento do participante, proceder algumas orientações aos pais e avaliar a necessidade de dar prosseguimento ao acompanhamento psicoterápico, o qual será garantido pelo serviço de Psicologia do hospital universitário no qual a coleta de dados foi realizada.

6. Procedimento de análise dos dados coletados

Os dados coletados foram analisados tomando-se como ponto de partida a organização dos mesmos segundo a fonte de coleta, isto é, as entrevistas, os instrumentos padronizados e as sessões de observação direta do comportamento. Tal organização permitiu que os resultados fossem apresentados e analisados na forma de estudo de caso, considerando-se: (1) apresentação do caso, por meio das características sócio-demográficas, da história de vida do participante e de seu diagnóstico de TDAH; (2) avaliação padronizada, com a análise dos resultados obtidos com a aplicação da Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (CBCL- Anexo 4a) e da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH-4b) versão para professores, e (3) sessões de observação direta, com a análise da estrutura do atendimento utilizado e com a elaboração de um sistema de categorias de análise de comportamentos classificados em autocontrole e hiperatividade-impulsividade. No decorrer da descrição desta pesquisa, o participante e a terapeuta-pesquisadora serão também identificados pelas siglas P e TP respectivamente.

Após a transcrição das sessões de observação direta, procurou-se identificar os comportamentos de autocontrole e os comportamentos de hiperatividade-impulsividade apresentados pelo participante quando submetido ao procedimento de intervenção e analisar as categorias comportamentais identificadas. Para este estudo, foi considerado como comportamento de *autocontrole*, comportamentos verbais e motores do participante compatíveis com a realização das tarefas e do atendimento, como se manter no local em que estivesse realizando a tarefa, cooperar com a TP respondendo questionamentos e atendendo solicitações. Por *hiperatividade-impulsividade*, foram considerados comportamentos verbais e motores incompatíveis com a realização das tarefas e do atendimento, como se manter irrequieto, mexendo-se, levantando-se da cadeira de modo não correspondente à tarefa, andar pela sala de atendimento, manipular objetos como brinquedos e materiais disponíveis na sala, mudar para outra tarefa sem concluir a anterior.

No decorrer do processo de categorização dos comportamentos constatou-se a necessidade de classificar os comportamentos observados durante as sessões de intervenção quanto à tarefa e quanto ao atendimento. Os *comportamentos relacionados à tarefa* compõem o conjunto de ações emitidas pelo participante durante a realização das atividades que lhe foram ou solicitadas pela TP, ou estabelecidas por meio de acordo entre participante e TP. Foi considerada como tarefa, qualquer atividade lúdica como jogos, desenhos, pintura, modelagem em massa plástica, disponibilizada pela TP para a sessão. Os *comportamentos relacionados ao atendimento* compõem o conjunto de ações emitidas pelo participante durante o transcurso da sessão, relacionadas às regras de funcionamento estabelecidas em acordo com a TP, dentre as quais o agendamento do horário, encerramento da sessão, escolha da tarefa, hierarquia de reforços e a organização do espaço físico.

Na elaboração do sistema de categorias de análise, considerou-se os comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade emitidos pelo participante em relação ao contexto da tarefa e ao contexto do atendimento, agrupados, definidos e exemplificados da seguinte maneira:

(a) Comportamentos de autocontrole

a.1 – Seguir as instruções do atendimento: o participante atende solicitações da TP referentes à rotina de atendimento, como guardar as peças do jogo após conclusão da tarefa, recolher peças que tenham caído ao chão, aguardar sua vez para escolher a tarefa e encerrar a sessão no tempo estabelecido.

Exemplo 1: *A TP solicita ao participante escolher a primeira tarefa a ser realizada no atendimento. O participante levanta-se e seleciona a tarefa.*

Exemplo 2: *A TP solicita ao participante que ele pegue uma peça do jogo que caiu no chão. O participante atende a TP, levantando-se para pegar a peça e, em seguida, volta ao local do jogo.*

a.2 - Seguir as instruções da tarefa: o participante realiza a tarefa seguindo as instruções padronizadas da atividade ou as que foram estabelecidas em acordo com a TP. As instruções padronizadas correspondem às regras descritas nas orientações dispostas pelo fabricante do jogo. O acordo corresponde a regras simplificadas introduzidas pela TP mediante observação do repertório do participante, incluindo regras de complexidade progressiva de modo a facilitar o desempenho inicial do participante até o alcance das instruções padronizadas.

Exemplo 1: *Participante concorda e segue imediatamente a instrução da TP quanto precisar tirar par ou ímpar.*

Exemplo 2: *Participante demonstra, através da execução da tarefa, seguir as instruções descritas no início da mesma.*

a.3 – Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento: diante de perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, o participante emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo daquelas.

Exemplo: *TP pergunta ao participante por que ele se levantou da cadeira e ele responde que se levantou para pegar um papel que estava no chão.*

a.4 - Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa: diante de perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, o participante emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo daquelas.

Exemplo 1: *A TP pergunta ao participante se a personagem dele tem cabelos brancos (referente ao jogo Cara a Cara). O participante responde que sim.*

Exemplo 2: *A TP pergunta ao participante quem vai começar a jogar e o participante responde que tem que tirar par ou ímpar.*

a.5 - Fazer sugestões compatíveis com o atendimento: o participante sugere espontaneamente à TP, na forma de pergunta ou afirmativamente, alternativas para a realização do atendimento, as quais devem ser compatíveis com as instruções de atendimento descritas no início do mesmo, para emitir comportamentos que não foram determinados no momento da descrição das instruções do procedimento do atendimento ou estabelecidas mediante acordo, quanto a poder executá-los ou não, podendo ser relacionadas à forma de mudanças para o curso do atendimento e sem prejuízo a sua condução.

Exemplo: *O participante sugere à TP que coloque o volume do apito mais baixo para não doer no ouvido dele.*

a.6 - Fazer sugestões compatíveis com a tarefa: o participante sugere espontaneamente à TP, na forma de pergunta ou afirmativamente, alternativas para a realização da tarefa, as quais devem ser compatíveis com as instruções padronizadas ou acordadas entre participante e TP, para emitir comportamentos que não foram determinados no momento da descrição das

instruções da tarefa, quanto a poder executá-los ou não, podendo ser relacionadas à forma de jogar e que não prejudique a condução da tarefa.

Exemplo: *O participante sugere à TP que coloque as bolinhas de gude do Jogo Cai-não-Cai dentro da vasilha de pontos “zero” que está vazia.*

Exemplo: *O participante pergunta à TP se ele pode levar um jogo da casa dele para ele brincar na sessão quando ele for de carro para o atendimento.*

a.7 - Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento: o participante formula à TP perguntas com o objetivo de esclarecer dúvidas ou especificar as instruções pertinentes ao contexto de atendimento.

Exemplo 1: *O participante pergunta à TP se vai haver o gravador com o apito e a voz.*

Exemplo 2: *O participante pergunta à TP se não vai mais poder trocar quatro pontos. A TP responde que, a partir de então, só poderá trocar dois pontos. Ele pergunta por que cada vez diminui mais a quantidade de pontos que poderão ser trocados.*

a.8 - Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa: o participante formula à TP perguntas pertinentes à tarefa com o objetivo de esclarecer ou especificar as instruções padronizadas ou acordadas.

Exemplo: *O participante pergunta à TP como é que joga o Pula Macaco.*

a.9 - Descrever espontaneamente as instruções do atendimento: o participante descreve as instruções do atendimento estabelecidas para sessão, sem ter sido solicitado pela TP.

Exemplo 1: *O participante diz à TP que lembrou de outra regra que é a de quando terminar de jogar um jogo, é para guardar.*

a.10. Descrever espontaneamente as instruções da tarefa: o participante descreve as instruções padronizadas ou acordadas sobre o modo de realizar a tarefa, sem ter sido solicitado pela TP.

Exemplo: *Sem a solicitação da TP, durante o jogo Pula Macaco, o participante diz que ele não conseguiu ganhar uma banana porque o macaco que ele jogou caiu deitado e que só vale se o macaco ficar pendurado pelos braços como havia sido combinado.*

a.11 - Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP: quando solicitado pela TP, o participante descreve as instruções do atendimento estabelecidas para a sessão.

Exemplo: *A TP solicita ao participante que descreva como ele deve ficar e o participante responde que tem que ficar sentado, falar do jogo, jogar, guardar o jogo quando acabar.*

a.12 - Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP: quando solicitado pela TP, o participante descreve as instruções padronizadas ou acordadas sobre o modo de realizar a tarefa.

Exemplo: *A TP solicita ao participante que fale sobre as instruções de jogo da tarefa selecionada e o participante descreve-as corretamente.*

a.13 - Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto: o participante emite comportamentos considerados como socialmente adequados de forma motora e/ ou verbal e expressa sentimentos e emoções compatíveis com o contexto de atendimento e da execução da tarefa, como cumprimentar a TP ao chegar à sessão, despedir-se ao final da sessão, elogiar desempenho de TP ao longo da execução da tarefa e agradecer o auxílio da TP, sorrir, colocar polegar para cima, bater palmas e gritar (com moderada intensidade) indicando alegria após ter vencido a partida.

Exemplo 1: *O participante pede licença à TP ao pegar as cartas da mão dela.*

Exemplo 2: *O participante diz obrigado à TP quando esta pegou para ele um objeto que caiu no chão.*

Exemplo 3: *O participante fala para TP que adora ficar naquela sala com ela e que, se ele pudesse, ficaria ali todo o tempo do mundo.*

a.14 - Auto-manipular de modo concomitante à tarefa: o participante emite comportamento verbal ou motor de auto-estimulação de forma concomitante com a tarefa que está sendo executada pelo participante, sem causar aparente prejuízo à mesma, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ou pernas e coçar a cabeça.

Exemplo: *O participante bate a vareta do jogo Poketapa em sua cabeça.*

(b) Comportamentos de hiperatividade-impulsividade:

b.1 - Abandonar a tarefa: o participante, após ter iniciado a tarefa, abandona a atividade sem concluí-la, dirigindo sua atenção para outra tarefa, ou objeto, ou situação, de forma concorrente, não retornando à tarefa.

Exemplo: *O participante selecionou o Jogo da Memória. A TP perguntou a ele se gostava daquele jogo e ele respondeu que gostava mais ou menos. A TP perguntou se ele queria mesmo jogar o Jogo da Memória e ele respondeu que não, trocando de jogo.*

b.2 - Interromper a tarefa: o participante, durante a realização da tarefa, emite comportamentos incompatíveis com a sua realização, retornando à mesma tarefa após um tempo.

Exemplo: *O participante fala para TP que sabe jogar o jogo do macaco. Logo após (durante a tarefa), pergunta à TP, apontando para a janela da sala, se aquilo que ele estava vendo era um ninho de caba (marimbondo). A TP responde afirmativamente e ele pergunta por que não tiram de lá, permanece olhando para a janela e depois retorna à tarefa.*

b.3 - Burlar as instruções do atendimento: após o atendimento ter sido iniciado, o participante emite comportamentos discrepantes às instruções do atendimento com o objetivo de obter favorecimento pessoal, como tentar escolher o jogo quando ainda não é a sua vez.

Exemplo: *O participante fala para TP que quer jogar dominó e a TP responde que não, porque não é a vez dele escolher.*

b.4 - Burlar as instruções da tarefa: após a tarefa ter sido iniciada, já com as instruções do jogo estabelecidas mediante padronização ou acordo, o participante emite comportamentos discrepantes às instruções com o objetivo de favorecer o seu desempenho na tarefa.

Exemplo 1: *Ao selecionar a sua carta do jogo Cara Maluca o participante olha pela lateral da carta vendo a cor da mesma e, dessa forma, escolhe a mais fácil.*

Exemplo 2: *O participante sugere à TP que retire as bolinhas que estão dentro da cesta (referente ao jogo Basquete Espacial) para que elas não impeçam as outras bolinhas de entrarem.*

b.5 - Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP: após a TP ter formulado pergunta de esclarecimento referente à rotina do atendimento, o participante permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela TP ou não responde à mesma.

Exemplo: *A TP pergunta ao participante o que ele acha de os encontros entre eles serem todos filmados e gravados e o participante permanece calado.*

b.6 - Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP: após a TP ter formulado pergunta de esclarecimento referente à execução da tarefa, o participante permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela TP ou não responde à mesma.

Exemplo: *A TP pergunta ao participante se ele já jogou a peça de dominó e ele não responde.*

b.7 - Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP: após a TP ter solicitado a emissão de comportamento relacionado à rotina do atendimento, o participante permanece agindo de modo não correspondente à solicitação da TP.

Exemplo: *A TP solicita ao participante que se sente na cadeira e o participante ignora, pendendo o corpo para baixo e apoiando as mãos no chão.*

b.8 - Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP: após a TP ter solicitado a execução de atividade relacionada à tarefa, o participante permanece agindo de modo não correspondente à solicitação da TP.

Exemplo: *A TP solicita ao participante que realize sua jogada e o participante não atende à solicitação.*

b.9 - Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto: o participante emite comportamentos considerados como socialmente inadequados, comportamentos verbais ou motores relacionados a contextos nos quais não tenha sido atendido imediatamente em suas solicitações, tenha perdido a partida do jogo para a TP ou após comentário feito pela TP, ou diante de algum comportamento da TP que o tenha desagradado, como comportamentos indicativos de ironia, frustração, aborrecimento, irritação.

Exemplo 1: *P Sai de seu lugar para apanhar uma peça do jogo que caiu no chão, aproxima-se da TP e bate na cabeça da TP e volta para se sentar no seu lugar como se não tivesse feito nada.*

Exemplo 2: *Após a TP pedir para participante lembrar da regra, a TP falar um, dois e três para ambos jogarem a partida, o participante completa falando "Jacarepaguá" e avisa que vai dar "porrada" em tudo que é "vacilão"...(falando alto e repetindo a última frase).*

b.10 - Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa: o participante emite comportamento verbal ou motor de auto-estimulação, de modo concorrente com a tarefa que está sendo executada pelo participante, causando aparente prejuízo à mesma, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ ou pernas, coçar a cabeça, bater com as mãos.

Exemplo: *Ao ficar batendo com a mão no lado de seu rosto e cantarolando, demorou a emitir comportamento de fazer sua jogada quando foi sua vez.*

Exemplo 2: *Participante ficou batendo com a mão no conjunto de varetas, e batendo uma nas outras, distraído demorando a iniciar colocação das varetas na peça do jogo onde deveriam ser colocadas, mesmo após a TP ter avisado que já podiam colocar e ter iniciado a colocação das varetas, com isso atrasando a preparação do jogo e prejudicando o andamento da tarefa e sua execução.*

As fitas de vídeo das sessões de observação foram analisadas por dois observadores independentes cujo grau de concordância foi obtido por meio do cálculo de acordo entre pares, em 50% das sessões. Foi computada a ocorrência ou a não ocorrência das categorias de comportamento estabelecidas. O índice de fidedignidade foi obtido pela razão (concordância + não concordância) / concordância x 100. O índice médio de acordo entre observadores foi de 97,77% para as categorias de autocontrole e de 100% para as de hiperatividade-impulsividade. As definições das categorias de comportamento que inicialmente obtiveram índice de concordância entre observadores abaixo de 70% foram revistas com o objetivo de melhor operacionalizá-las.

O foco de análise das sessões de observação foram os comportamentos emitidos pelo participante ao longo do procedimento delineado, identificando-se as unidades de análise a partir do sistema de categorias elaborado e refinado de acordo com o teste de fidedignidade.

RESULTADOS

1. Apresentação do caso

1.1 - Participante:

P, nove anos de idade, sexo masculino, caçula de uma prole de três filhos, natural do Estado do Rio de Janeiro, residente em Belém do Pará há cinco anos, com os pais, um irmão de quinze anos e uma irmã de onze. Cursava a 4ª série do ensino fundamental ao início do estudo.

1.2 - Constituição Familiar e Condições Sócio-econômicas e culturais:

Família com características nucleares, com os genitores tendo nível de escolaridade superior, sendo o pai militar, com 41 anos de idade e a mãe, fisioterapeuta com 39 anos de idade. Professavam a religião evangélica e moravam em residência de alvenaria com onze cômodos e área livre (quintal e jardim), em uma vila militar. Possuíam uma renda familiar bruta de R\$ 2.500,00 mensais.

1.3 - História de vida

Na Tabela 2 estão apresentados os relatos obtidos com os pais de P, por meio de entrevista, os quais descrevem marcos em sua história. Pode-se observar que o participante freqüentou várias instituições escolares, apresentando dificuldades de relacionamento com professores. Os pais também destacaram a presença de antecedentes mórbidos, como uma possível hiperatividade do pai, a epilepsia da mãe e casos de depressão em parentes próximos. Outro destaque mencionado pelos pais foi a afinidade entre o participante e a irmã e a preocupação desses com um possível “amigo imaginário” identificado recentemente em relatos de P.

1.4 - Histórico do diagnóstico

Na Tabela 3 estão apresentadas informações acerca do histórico do diagnóstico de TDAH obtidas por meio de entrevista com os pais. De acordo com os relatos, desde que P tinha dois anos de idade, os pais recebem “dicas” sobre a possibilidade do diagnóstico de hiperatividade, mesmo após o participante ter sido submetido a exames de radio-imagem

cujos resultados foram negativos para alteração neurológica. O evento desencadeador da busca por tratamento especializado ocorreu após uma possível ingestão de medicamento por P, levando os pais a suspeitar de “tentativa de suicídio”.

Tabela 2. Características da história de vida de P, segundo relatos dos pais obtidos por meio de entrevista.

Áreas	Informações obtidas por meio de relatos dos pais
Gestação e nascimento	P nasceu de uma gravidez não planejada, tendo ocorrido uma tentativa de aborto. O parto foi por meio de cesariana, a termo, com peso normal, sem intercorrências. Foi amamentado até um ano e dois meses.
Saúde / Doenças	Com um mês de vida, P foi internado em UTI para tratamento de pneumonia, permanecendo hospitalizado por vinte dias. Os pais atribuem este episódio à negligência da babá de P. P teve episódios de alergia seguidos de quadro de otites recorrentes e conseqüente perda auditiva no ouvido direito, sendo que hoje possui 89% de sua capacidade auditiva neste ouvido. Apresenta leve dificuldade de articulação da fala, decorrente do problema auditivo e problemas mandibulares. Quadros clínicos avaliados por médicos especialistas e em tratamento.
Antecedentes mórbidos	A mãe fez tratamento para epilepsia até os 23 anos de idade, com uso de medicamento; atualmente apresenta-se com hipertensão e com episódios freqüentes de ausência (sic). A irmã de P apresenta crises de convulsão, controladas por meio de medicamentos. O pai suspeita ter sido hiperativo, pois foi expulso de escola, relatando o uso de medicamentos para controle. Há dois casos de depressão e de tratamento psiquiátrico em membros da família extensa.
Escolaridade	Freqüentou a pré-escola desde os 2 anos de idade. Embora P apresentasse excessos comportamentais, sua professora era ao mesmo tempo afetiva e firme, mantendo um bom relacionamento com ele. Nos primeiros anos escolares, P chegou a freqüentar três escolas, todas com ensino religioso, sendo que em uma delas teve dificuldades de relacionamento com uma professora que lhe exigia atenção e rapidez ao copiar os trabalhos do quadro, o que ocasionou recusa de P em ir à escola, culminando com um processo dos pais contra a professora que chegou a ser demitida. Em seguida a este episódio, P passou a freqüentar uma escola pública, na qual permaneceu com dificuldades de relacionamento com os professores, mudando novamente de escola. Ao início deste estudo, P freqüentava uma escola na qual os pais identificaram duas professoras interessadas em seu caso, dando-lhe atenção adequada. Entretanto, após um incidente, os pais optaram em transferi-lo, mais uma vez, para outra escola, na qual permaneceu durante o período de coleta de dados.
Desempenho acadêmico	De acordo com a mãe, P apresenta dificuldades para “ficar sentado em sala de aula”, e de seguir as normas da escola. O pai destaca que P tem dificuldades para copiar do quadro.
Relacionamento com irmãos	P demonstra maior afinidade de relacionamento com a irmã, a qual o trata com proteção. O irmão mais velho cobra dos pais maior controle sobre o comportamento de P. Recentemente os pais obtiveram de P o relato da presença de um “amigo imaginário”.
Lazer e atividades lúdicas	Os pais relatam que P prefere brincar com carros, de vários tamanhos; também gosta de jogos de regras, como Ludo e Jogo da Vida, entretanto não aceita perder a jogada, chegando a se utilizar de trapaças para vencer.
Práticas parentais	Mãe relata ser rigorosa com os horários da rotina doméstica. P tem horário estabelecido pelos pais para fazer as tarefas escolares.

Tabela 3. Histórico do diagnóstico de acordo com relatos dos pais obtidos por meio de entrevista.

Cronologia	Informações obtidas por meio de relato dos pais
Aos 2 anos	Após ingressar na pré-escola, P apresentou vários episódios de quedas e tombos com ferimentos, resultantes de indicadores de excessos comportamentais, tendo os pais sido orientados por uma professora, irmã do pai, sobre a possibilidade de P ser hiperativo.
Aos 4 anos	Os pais procuraram uma psicóloga para avaliar e acompanhar P no Rio de Janeiro, sendo submetido a atendimento por cerca de 6 meses, de forma não efetiva. O tratamento foi interrompido devido a transferência da família para Belém.
Aos 4 anos	Após mudarem para a cidade de Belém, os pais levaram P para avaliação com neurologista, sendo submetido à tomografia computadorizada, mapeamento cerebral e eletroencefalograma, por meio dos quais não foi identificada qualquer alteração neurológica.
Aos 4 anos	Recomeço de atendimento psicoterápico em Belém com duração de cerca de um ano. Houve melhora. O mesmo foi suspenso pela terapeuta, que revelou não poder mais tratá-lo. P não continuou psicoterapia desde então.
–	Pais realizaram leituras sobre hiperatividade, por meio de textos indicados pela irmã do pai (professora de pré-escolar); entretanto, a mãe referiu que teve dificuldades para realizar as leituras, pois não aceitava a possibilidade de P ser hiperativo.
Aos 9 anos	P foi levado a um atendimento de emergência após ter revelado aos pais que havia ingerido um frasco inteiro do medicamento <i>Sorine</i> , sendo avaliado por uma neuropediatra que o encaminhou para acompanhamento em ambulatório de pediatria de um hospital universitário.
Aos 9 anos	No ambulatório, a neuropediatra confirmou o diagnóstico de hiperatividade, com base nos critérios do DSM IV, prescrevendo o medicamento <i>Ritalina</i> o qual P passou a utilizar regularmente, de acordo com o relato dos pais.
Aos 9 anos	P foi encaminhado ao serviço de Psicologia Pediátrica do hospital universitário.

2. Resultados obtidos por meio de instrumentos padronizados

2.1. Aplicação da Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (CBCL)

Ao serem solicitados a fazer uma comparação entre os comportamentos observados em P com os de outras crianças, os pais apontaram que o participante, quanto ao tempo em que pratica esportes e quanto ao grau em que consegue se sair bem, como acima da média destacando-se em andar de bicicleta e esportes com manobras radicais.

Quanto ao relacionamento social, os pais de P avaliaram que este se apresentava dentro da média quanto ao relacionamento com os irmãos, com outras crianças e com os próprios pais. Também fizeram referência à capacidade de P em conseguir divertir-se e trabalhar sozinho como dentro da média.

Em relação ao desempenho acadêmico, os pais o avaliaram como dentro da média em Matemática, Redação e Educação Artística, e como abaixo da média em Português, História e Estudos Sociais e Ciências.

Os resultados obtidos durante a primeira aplicação da Lista de Verificação do Comportamento de Crianças e Adolescência (CBCL 1) durante a entrevista inicial com os responsáveis, revelaram a presença de 64 respostas como *não verdadeiras* (53,33%), 31 respostas *algumas vezes verdadeiras* (25,83%) e 25 respostas como *freqüentemente verdadeiras* (20,83%) em relação a um total de 120 questões. Dentre os comportamentos apontados como *freqüentemente verdadeiros* pelos pais e relacionados por este estudo aos critérios do DSM IV, destacam-se: (1) Não consegue concentrar-se, ficar atento muito tempo; (2) Não consegue ficar sentado, é irrequieto ou hiperativo; (3) Requer muita atenção; (4) É desobediente na escola; (5) É desastrado ou tem falta de coordenação (6) Tem tendência a cair muito; (7) É impulsivo ou age sem pensar; (8) Fala muito; e (9) Perturba os outros freqüentemente.

Além dos comportamentos acima descritos, constatou-se outros comportamentos, também apontados pelos pais como *freqüentemente verdadeiros*, que valem ser destacados, tais como: (1) Destroí as suas próprias coisas; (2) Sente ciúme com facilidade; (3) Sente-se ou queixa-se de que ninguém gosta dele; (4) Prefere brincar com crianças mais velhas; (5) Gosta de exibir, fazer palhaçadas; (6) Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal; (7) Gosta de estar sozinho; (8) Acumula coisas que não precisa; (9) As pessoas riem dele; (10) Anda com crianças que se metem em brigas; (11) Os trabalhos escolares são fracos; (12) Repete várias vezes as mesmas ações ou compulsões; (13) Destroí os objetos da sua família

ou de outras crianças; (14) Ouve sons ou vozes que não estão presentes; (15) Mente; e (16) Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo.

2.2. Aplicação da Escala de TDAH versão para professores

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade versão para professores. Observa-se que, na escola anterior ao início das sessões de intervenção, P tinha professores específicos para diferentes disciplinas, sendo avaliado como acima da expectativa quanto a apresentar transtornos nas áreas de déficit de atenção, hiperatividade-impulsividade e comportamento anti-social. No entanto, de acordo com a avaliação destes professores, P estava dentro da média em relação a problemas de aprendizagem. Na escola que freqüentava durante as sessões de intervenção, P tinha um único professor para todas as disciplinas, sendo avaliado pelo mesmo como dentro da média em todas as áreas identificadas na Escala.

Tabela 4. Resultados obtidos com a aplicação da Escala do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade versão para professores.

<i>Escola</i>	<i>Professores</i>	<i>Déficit de Atenção</i>	<i>Hiperatividade/ Impulsividade</i>	<i>Problemas de Aprendizagem</i>	<i>Comportamento Anti-social</i>
Anterior	Matemática	-Acima da Expectativa - apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Acima da Expectativa – apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Média e/ ou dentro da expectativa	Acima da Expectativa - apresenta mais problemas que a maioria das crianças
	História, Geografia e Ciências	Acima da Expectativa - apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Acima da Expectativa – apresenta mais problemas que a maioria das crianças	Média e/ ou dentro da expectativa	Acima da Expectativa - apresenta mais problemas que a maioria das crianças
Atual	Todas as Disciplinas	Média ou Dentro da Expectativa	Média ou Dentro da Expectativa	Média ou Dentro da Expectativa	Média ou Dentro da Expectativa

3. Resultados obtidos por meio de sessões de observação direta:

Foram realizadas 18 sessões de observação direta, realizadas uma vez por semana em média, com uma duração média de 1h e 13', totalizando cerca de 22 horas de registro em fitas de vídeo, durante um período de cinco meses, Todas as sessões foram analisadas, sendo identificados 7162 eventos comportamentais relevantes para este estudo. Na análise das

sessões, também se considerou a estrutura do atendimento quanto às tarefas disponíveis pela TP e as escolhidas pelo participante, os esquemas de reforçamento utilizados e a disponibilidade de reforços.

3.1 - Estrutura do atendimento

(a) Tarefas disponíveis e escolhidas

Na Tabela 5 estão apresentadas as tarefas disponibilizadas pela TP para cada sessão, com a identificação daquelas escolhidas pelo participante. Ao longo de todo o processo de intervenção, foram disponibilizadas 16 tarefas, seguindo o critério de complexidade crescente, de acordo com o que foi descrito no procedimento.

Em correspondência ao procedimento delineado, a maioria das tarefas executadas durante as sessões foi escolhida pelo próprio participante. Em média, foram selecionadas duas tarefas por sessão, observando-se que somente na primeira sessão houve o abandono de uma tarefa escolhida, indicando que, independente de quem houvesse escolhido a tarefa, o participante se engajava na mesma, seguindo as instruções do procedimento quanto à seleção da tarefa, a qual foi de livre escolha ao participante nas sessões de linha de base e com alternância na escolha da tarefa entre participante e TP a partir das sessões de habituação às regras. Os dados apresentados na Tabela 5 também demonstram que, dentre as tarefas disponibilizadas, as mais selecionadas foram: Lince, Cara-a-Cara, Cai-não-Cai e Pula-Macaco. Quanto à duração utilizada pelo participante para cada tarefa, observou-se que as tarefas nas quais P permaneceu por mais tempo em cada sessão foram: Cara-Maluca, Jogo-de-Damas e Cara-a-Cara (Tabela 5).

O participante revelou na primeira sessão de linha de base que um dos jogos de sua preferência era Dama, o qual foi introduzido na segunda sessão de linha de base com o objetivo de ampliar a disponibilidade de tarefas de suas preferências, para motivá-lo mais aos atendimentos. No decorrer da segunda sessão de linha de base, P escolheu o jogo de Dama e permaneceu jogando por mais da metade da sessão (34'), sendo que o escolheu também na segunda sessão de Avaliação da Estabilidade (AE), permanecendo jogando por toda a sessão (1h 01'), como demonstrado na Tabela 5. Destaca-se também o fato do participante P ter referido, na primeira sessão de LB, não gostar do jogo Pula-Macaco; no entanto, o escolheu para jogar nas sessões subseqüentes, sendo três vezes por escolha própria e uma por sugestão da TP, como é possível observar na Tabela 5.

Tabela 5. Tarefas disponibilizadas pela TP e escolhidas ou pelo participante ou pela TP, durante cada sessão de observação direta, considerando-se o tempo utilizado em cada tarefa.

Tarefas	Seqüência do Procedimento																						
	LB 1		LB 2		HR 1		HR 2		DRO 3'		DRO 3'		DRO 6'		DRO 6'		DRO 9' 8p		DRO 9' 8p		DRO 9' 8p		
	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	
Basquete-espacial										P	34'	P	18'										
Cara-a-Cara																		P	29'	TP	41'		
Cara-Maluca					P	1h3' 12'	P	31'															
Cai-não-Cai														P	41'	TP	32'					TP	30'
Cilada																							
Desenho e Pintura																							
Dama			P	34'																			
Dominó 1	P	06'																					
Dominó 2																							
Lince														P	12'	P	19'	P	05'	P	29'	P	24'
Memória 1	P	03'								TP	27'	TP	46'										
Memória 2								TP	25'														
Modelagem																							
Monta tudo	P	12'																					
Poketapa	P	29'																					
Pula-Macaco			P	18'										TP	16'	P	08'	TP	19'				
TOTAL	4		2		1		2		2		2		3		2		3		2		2		2

Notas: (1) As células sombreadas correspondem às tarefas disponibilizadas em cada sessão; (2) Esc: escolhidas, Dur: duração; (3) P: participante, TP: terapeuta-pesquisadora.

Tabela 5 (continuação). Tarefas disponibilizadas pela TP e escolhidas ou pelo participante ou pela TP, durante cada sessão de observação direta, considerando-se o tempo utilizado em cada tarefa.

Tarefas	Seqüências do Procedimento													
	DRO 9' 4p		DRO 9' 4p		DRO 9' 2p		DRO 9' 2p		AE		AE		AE	
	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur	Esc	Dur
Basquete-espacial	P	30'												
Cara-a-Cara			TP	14'	P	57'	P	58' 15"	TP	16'				
Cara-Maluca													TP	27'
Cai-não-Cai	TP	11'												
Cilada														
Desenho e Pintura														
Dama											P	1h 01'		
Dominó 1														
Dominó 2											TP	04'		
Lince	P	20'	P	50'					P	42'			P	30'10"
Memória 1														
Memória 2														
Modelagem														
Monta tudo														
Poketapa														
Pula-Macaco														
TOTAL	3		2		1		1		2		2		2	

Notas: (1) As células sombreadas correspondem às tarefas disponibilizadas em cada sessão; (2) Esc: escolhidas, Dur: duração; (3) P: participante, TP: terapeuta-pesquisadora.

3.2 - Comportamentos observados

Na Tabela 6 estão apresentados os valores correspondentes ao total de eventos comportamentais observados, distribuídos por classificação (autocontrole e hiperatividade-impulsividade) e pela seqüência do procedimento utilizado, considerando-se a freqüência absoluta e a relativa apresentada em termos de percentagem.

Tabela 6. Freqüência absoluta e percentual dos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observados durante a seqüência do procedimento.

Seqüência do procedimento	Autocontrole		Hiperatividade-impulsividade		Σ
	Fa	%	Fa	%	
LB1	327	92,1%	28	7,89%	355
LB2	309	94,21%	15	4,63%	328
HR 1	352	92,15%	30	7,85%	382
HR 2	274	91,33%	26	8,66%	300
DRO 3' – 1	382	88,63%	49	11,36%	431
DRO 3' – 2	348	94,82%	19	5,17%	367
DRO 6' – 1	419	95,66%	19	4,34%	438
DRO 6' – 2	279	93,62%	19	6,81%	298
DRO 9' 3" 1	412	95,81%	18	4,19%	430
DRO 9' 3" – 2	484	82,03%	25	4,24%	590
DRO 9' 3" 3	293	82,88%	33	10,12%	326
DRO 9' 20" 4p 1	440	93,42%	31	6,58%	471
DRO 9' 20" 4p 2	384	95,05%	20	4,95%	404
DRO 9' 20" 2p 1	423	95,07%	22	4,94%	445
DRO 9' 20" 2p 2	428	92,44%	35	7,56%	463
AV– 1	390	94,66%	22	5,34%	412
AV– 2	364	94,55%	21	5,45%	385
AV– 3	380	90,90%	38	9,09%	418
Total	6.688		474		7.162
%	93,38%		6,62%		
<u>M</u>	372		26		
Valores extremos	274 e 484		15 e 49		
Amplitude Total	210		34		

Observa-se que houve significativa predominância de comportamentos classificados como de autocontrole (93,38%) sobre os comportamentos classificados como de hiperatividade-impulsividade (6,62%), em todas as sessões de observação direta, independente do procedimento utilizado em cada sessão.

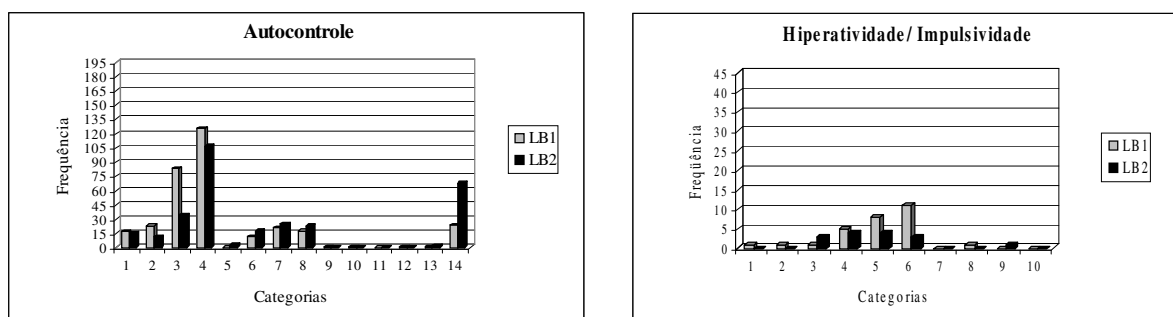
Os resultados obtidos por meio da análise dos comportamentos emitidos pelo participante estão apresentados a seguir de acordo com as etapas utilizadas no procedimento de coleta dos dados, e considerando-se os efeitos dos esquemas sobre o sistema de categorias.

FASES DO PROCEDIMENTO:

(a) Linha de Base:

Na primeira sessão de Linha de Base, pode-se observar na Figura 1 que os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas de TP relacionadas à tarefa, Responder às perguntas de TP relacionadas ao atendimento, Auto-manipular de modo concomitantemente à tarefa e Seguir as instruções da tarefa. Na segunda sessão de Linha de Base, os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas de TP relacionadas à tarefa, Auto-manipular de modo concomitante à tarefa e Responder perguntas de TP relacionadas ao atendimento.

Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, observou-se que os mais freqüentes na primeira sessão foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas por TP, Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas por TP e Burlar as instruções da Tarefa. Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade que apresentaram maior freqüência na segunda sessão, estes foram: Burlar as instruções da tarefa, Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, Burlar as instruções do atendimento e Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

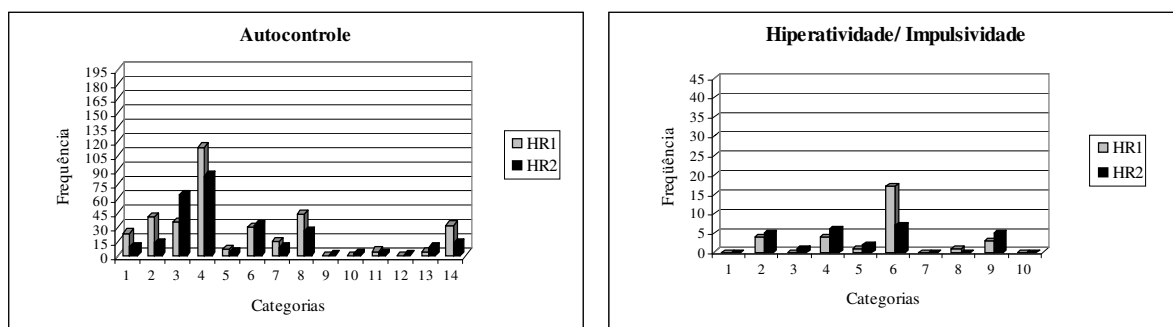
Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

Figura 1. Freqüência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Linha de Base 1 e 2.

(b) Habituação às regras:

Na primeira sessão de Habituação às Regras, pode-se observar (Figura 2) que os comportamentos de autocontrole mais frequentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa e Seguir as instruções da tarefa. Já na segunda sessão de Habituação às regras foi possível observar que os comportamentos de autocontrole mais frequentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento e Fazer sugestões compatíveis com a tarefa.

Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na primeira sessão de Habituação às regras constatou-se que os mais frequentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Interromper a tarefa e Burlar as instruções da tarefa. Em relação à segunda sessão de Habituação às regras verificou-se que os mais frequentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Burlar as instruções da tarefa, Interromper a tarefa e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

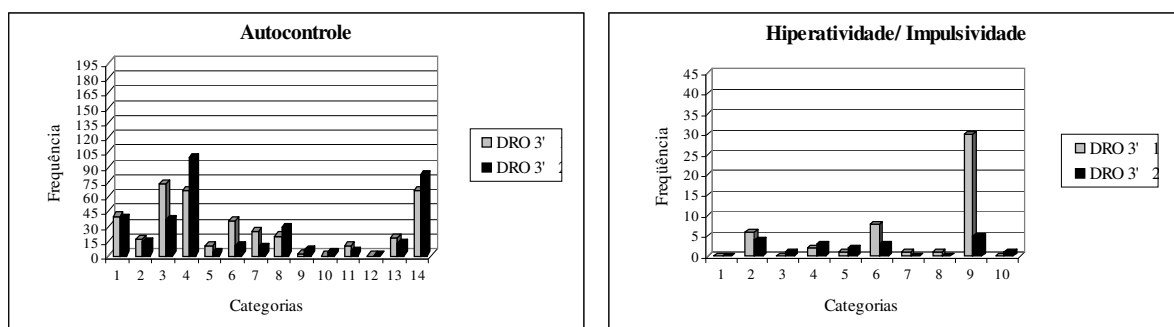
Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa

Figura 2. Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Habituação às Regras 1 e 2.

(c) Instalação de comportamentos de autocontrole:

Na sessão 1 de DRO 3' 10" 10", pode -se constatar (Figura 3) que, em relação aos comportamentos de autocontrole, os mais freqüentes foram: Responder às perguntas de TP relacionadas ao atendimento, Responder perguntas de TP relacionadas à tarefa, Auto-manipular de modo concomitante à tarefa e Seguir as instruções do atendimento. No que se refere à segunda sessão de DRO 3' 10" 10", os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Auto-manipular de modo concomitante à tarefa e Seguir as instruções do atendimento.

Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade na primeira sessão de DRO 3'10"10", observou -se que os mais freqüentes foram: Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto, Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP e Interromper a tarefa. Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na segunda sessão de DRO 3'10"10" os mais freqüentes foram: Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto, Interromper a tarefa, Burlar as instruções da tarefa e Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

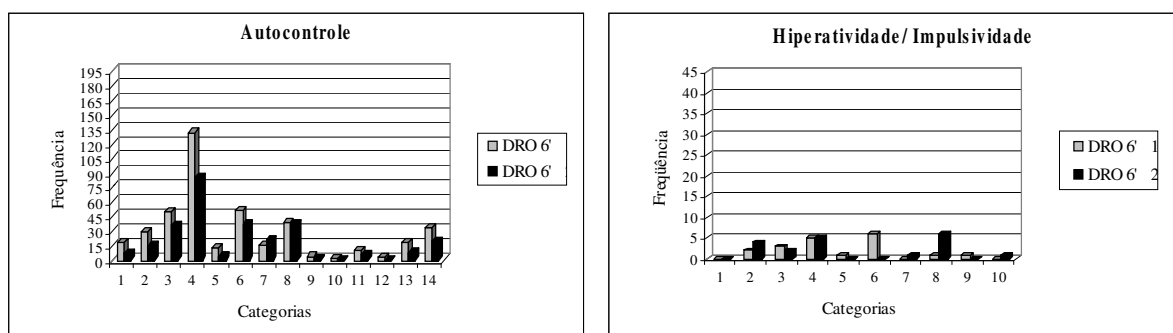
Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

Figura 3. Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DR 3'10"10" 1 e 2.

(d) Manutenção de comportamentos de autocontrole:

Na primeira sessão de DRO 6'5"15", pode -se constatar (Figura 4) que os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer sugestões compatíveis com a tarefa e Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento. Na segunda sessão de DRO 6'5"15", pode -se observar que, em relação aos comportamentos de autocontrole, os mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à Tarefa, Fazer sugestões compatíveis com a tarefa e Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa.

Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na primeira sessão de DRO 6'5"15", os apresentaram como os freqüentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Burlar as instruções da tarefa e Burlar as instruções do atendimento. Já na segunda sessão de DRO 6'5"15", os comportamentos de hiperatividade - impulsividade mais freqüentes foram: Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Burlar as instruções da tarefa e Interromper a tarefa.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

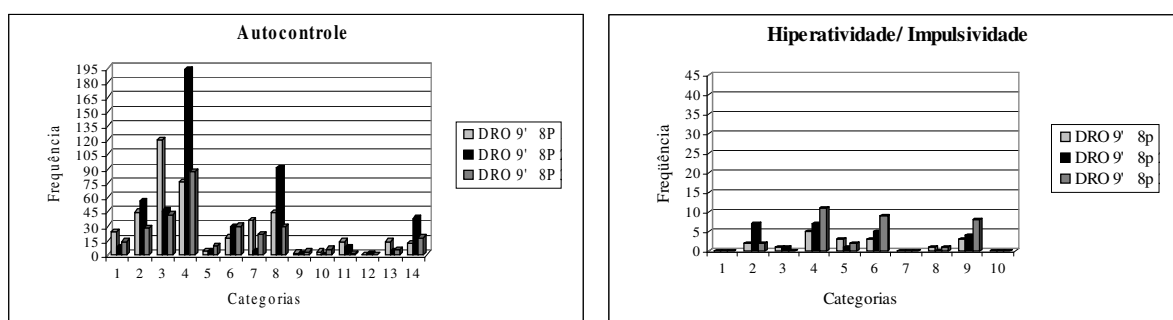
Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

Figura 4. Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 6'5"15" 1 e 2.

(e) Fading out

Passo 1

Quanto à primeira sessão de DRO 9' 3" 20" 8p, observa -se (Figura 5) que, em relação aos comportamentos de autocontrole, os mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento, Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa e Seguir as instruções da tarefa. Já na segunda sessão de DRO 9' 3" 20" 8p, observa -se em relação aos comportamentos de autocontrole que os mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa e Seguir as instruções da tarefa. Em relação à terceira sessão de DRO 9' 3" 20" 8p, observa -se que os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento e Fazer sugestões compatíveis com a tarefa.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

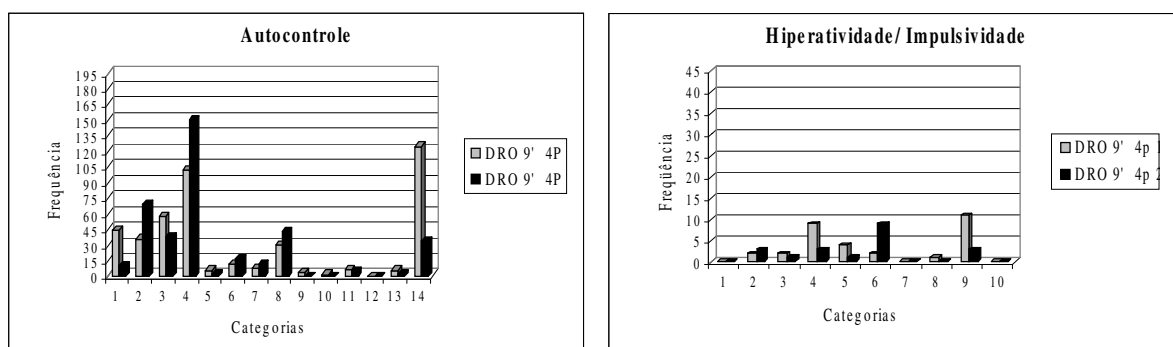
Figura 5. Freqüência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 3" 20" 8p 1, 2 e 3.

Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na primeira sessão de DRO 9' 3" 20" 8p, os mais freqüentes foram: Burlar as instruções da tarefa, Ignorar perguntas relacionadas a atendimento formuladas pela TP, Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto. Na segunda sessão DRO 9' 3" 20" 8p, os comportamentos mais freqüentes foram: Burlar as

instruções da tarefa, Interromper a tarefa, Ignorar perguntas relacionadas à tarefa. Quanto à terceira sessão de DRO 9' 3" 20" 8p, no que se refere aos comportamentos de hiperatividade - impulsividade, os mais freqüentes foram: Burlar as instruções da tarefa, Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto.

Passo 2

Na primeira sessão de DRO 9' 0" 20" 4p observa -se (Figura 6) que os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Auto-manipular de modo concomitante à tarefa, Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa e Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento. Enquanto que, em relação à segunda sessão de DRO 9' 0" 20" 4p, os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Seguir as instruções da tarefa e Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

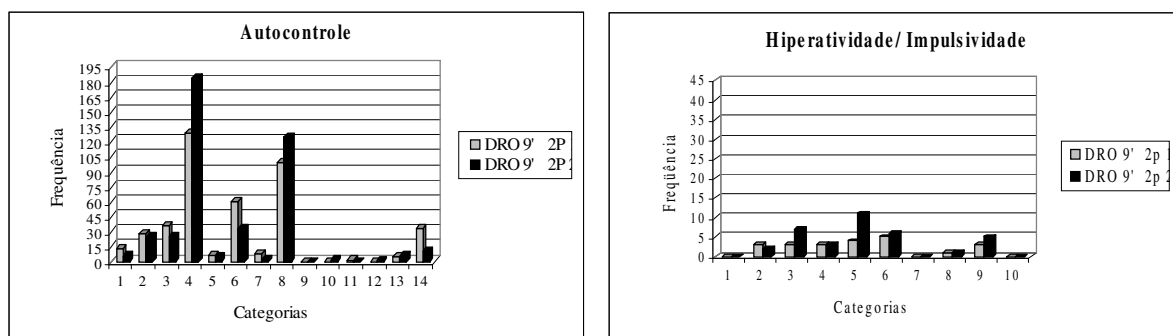
Figura 6. Freqüência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 0" 20" 4p 1 e 2.

Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na primeira sessão de DRO 9' 0" 20" 4p, os mais freqüentes foram: Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto, Burlar as instruções da tarefa e Ignorar perguntas relacionadas

ao atendimento formuladas pela TP. Já em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, na segunda sessão de 9' 0" 20" 4p, os mais frequentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Burlar as instruções da tarefa, Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto.

Passo 3

Na primeira sessão de DRO 9' 0" 20" 2p verificou-se (Figura 7) que os comportamentos de autocontrole mais frequentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa e Fazer sugestões compatíveis com as tarefas. Na segunda sessão, em relação aos comportamentos de autocontrole, os mais frequentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa e Fazer sugestões compatíveis com as tarefas.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

Figura 7. Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de DRO 9' 0" 20" 2p 1 e 2.

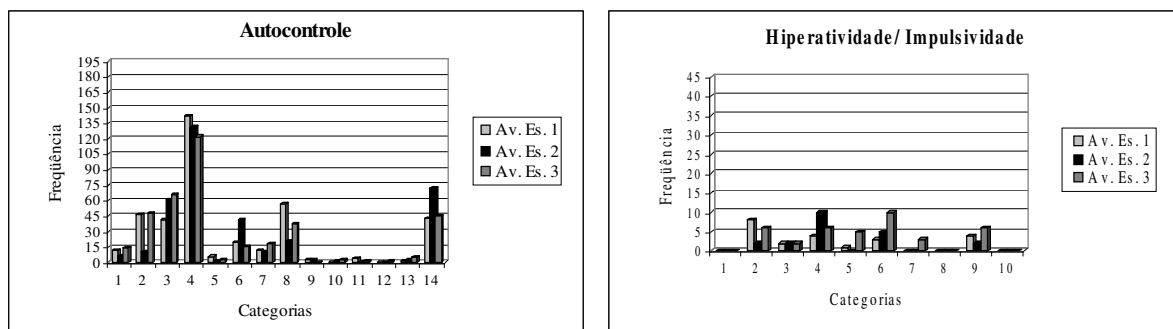
Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade na primeira sessão de DRO 9' 0" 20" 2p, as categorias mais frequentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, Interromper a tarefa, Burlar as instruções do atendimento, Burlar as instruções da tarefa e

Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto. Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade observados na segunda sessão de DRO 9' 0" 20" 2p, aqueles que se mostraram mais freqüentes foram: Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, Burlar as instruções do atendimento e Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP.

(e) Avaliação da Estabilidade:

Na primeira sessão de avaliação da estabilidade observa-se (Figura 8) que, em relação aos comportamentos de autocontrole, as categorias mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa e Seguir as instruções da tarefa. Na segunda sessão, as categorias comportamentais de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Auto-manipular de modo concomitante à tarefa e Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento. Na terceira sessão, os comportamentos de autocontrole mais freqüentes foram: Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa, Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento e Seguir as instruções da tarefa.

Em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade na primeira sessão, as categorias que apresentaram maior freqüência foram: Interromper a tarefa, Burlar as instruções da tarefa e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto. Já na segunda sessão, os comportamentos de hiperatividade-impulsividade mais freqüentes foram: Burlar as instruções da tarefa, Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Interromper a tarefa, Burlar as instruções do atendimento e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto. No que se refere aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade na terceira sessão, os mais freqüentes foram: Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, Interromper a tarefa, Burlar as instruções da tarefa, Emitir comportamento incompatível com o contexto e Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP.



Categorias de autocontrole: (1) Seguir as instruções do atendimento (2) Seguir as instruções da tarefa (3) Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento (4) Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa (5) Fazer sugestões compatíveis com o atendimento (6) Fazer sugestões compatíveis com a tarefa (7) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento (8) Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa (9) Descrever espontaneamente as instruções do atendimento (10) Descrever espontaneamente as instruções da tarefa (11) Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP (12) Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP (13) Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto (14) Auto-manipular de modo concomitante à tarefa.

Categorias de hiperatividade-impulsividade: (1) Abandonar a tarefa (2) Interromper a tarefa (3) Burlar as instruções do atendimento (4) Burlar as instruções da tarefa (5) Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (6) Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (7) Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP (8) Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP (9) Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (10) Auto-manipular de modo concorrente com a tarefa.

Figura 8. Frequência das categorias de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade observadas durante as sessões de Avaliação da Estabilidade 1, 2 e 3.

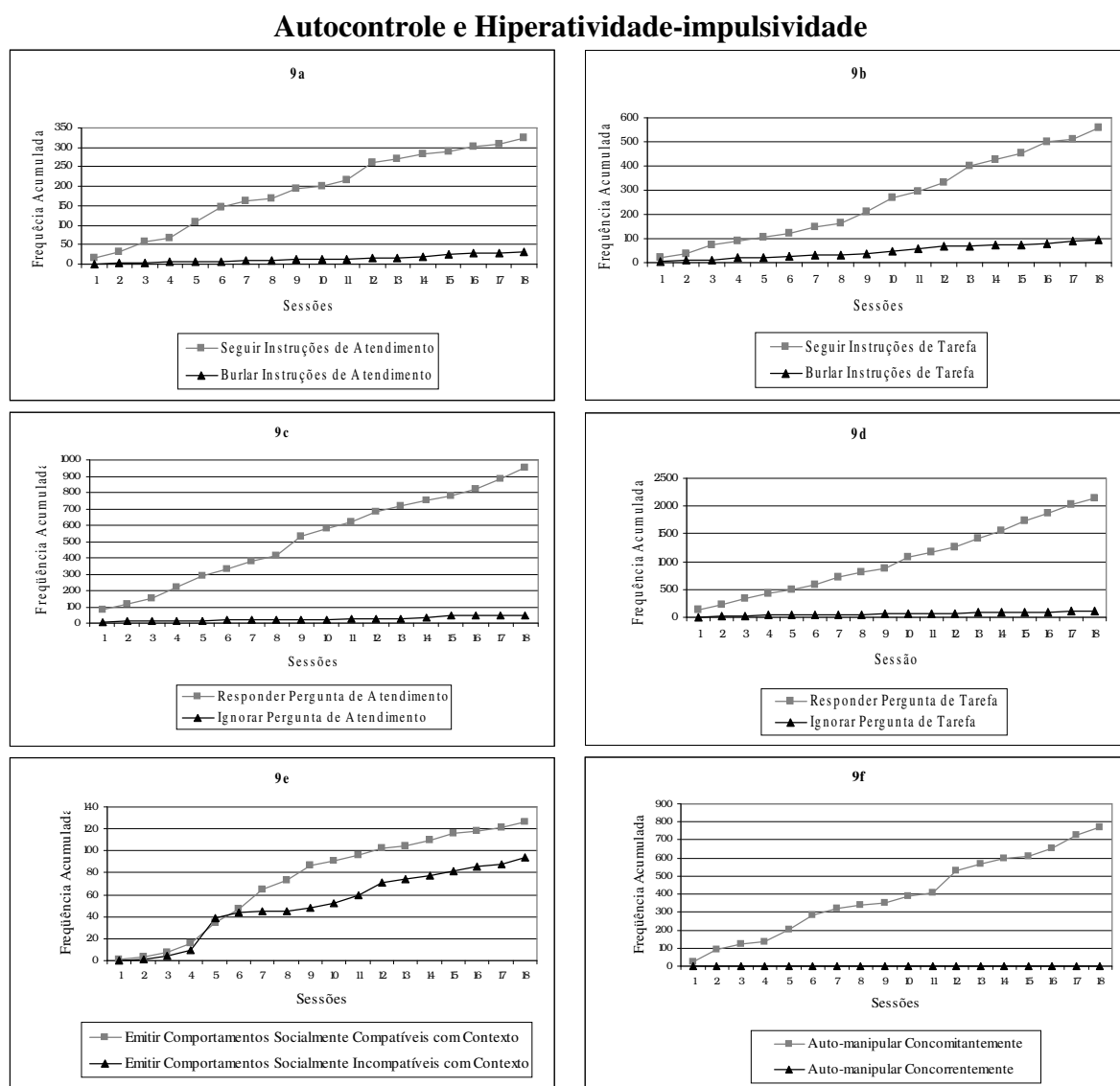
Em todas as etapas, a categoria mais freqüente de *autocontrole* foi Responder perguntas de tarefa (a com maior freqüência em 15 das 18 sessões), enquanto que a categoria menos freqüente foi Descrever instrução de tarefa após solicitação da TP. A categoria mais freqüente de *hiperatividade-impulsividade* foi Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP (a com maior freqüência em sete das 18 sessões), sendo a menos freqüente, a categoria Abandonar tarefa.

EFEITOS DOS ESQUEMAS:

Foram elaborados gráficos de linha que permitissem observar os efeitos dos esquemas utilizados no procedimento de intervenção sobre as categorias de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade, os quais se encontram descritos a seguir.

(a) Comparação entre categorias de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade

Na Figura 9 estão apresentados os gráficos correspondentes aos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade concorrentes, comparados ao longo das sessões.



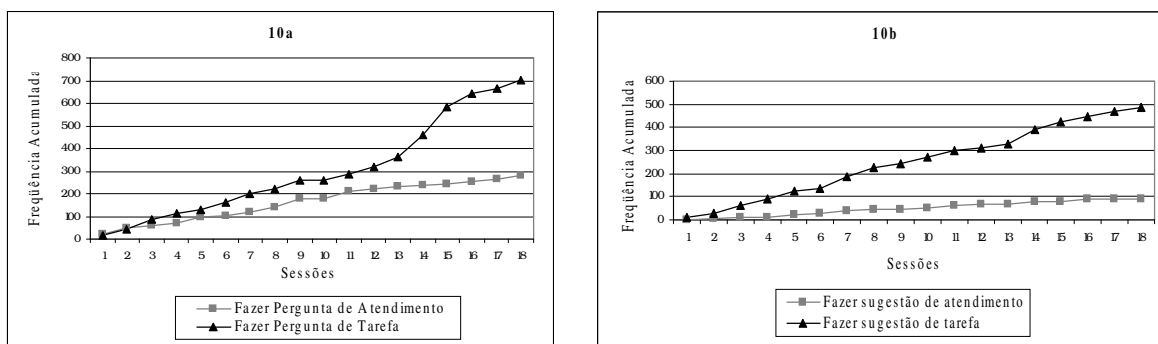
Legenda: (1) LB 1 (2) LB 2 (3) Habituação às regras (4) Habituação às regras (5) DRO 3' 10" 10" (6) DRO 3' 10" 10" (7) DRO 6' 5" 15" (8) DRO 6' 5" 15" (9) DRO 9' 3" 20" 8p (10) DRO 9' 3" 20" 8p (11) DRO 9' 20" 8 p (12) DRO 9' 0" 20" 4 p (13) DRO 9' 0" 20" 4 p (14) DRO 9' 0" 20" 2 p (15) DRO 9' 0" 20" 2 p (16) Avaliação da Estabilidade (17) Avaliação da Estabilidade (18) Avaliação da Estabilidade

Figura 9. Comparação entre comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade concorrentes apresentados pelo participante ao longo das sessões.

Uma análise comparativa dos gráficos de frequência acumulada de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade-impulsividade concorrentes permite constatar a predominância de comportamentos de autocontrole (com linhas ascendentes) sobre os comportamentos de hiperatividade-impulsividade (com linhas estáveis) na maioria das sessões, independente do esquema adotado. Uma única exceção foi observada no gráfico 9e, correspondente às categorias Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto e Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto, o qual apresenta sobreposição nas curvas de frequência acumulada, da primeira sessão de Linha de Base até a segunda sessão de DRO 3'10"10" ; entretanto, a partir da primeira sessão de DRO 6'5"15" , observa-se maior ascendência na categoria Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto, embora a distância entre estas duas categorias seja menor do que a distância observada na comparação das demais categorias.

(b) Comparação entre categorias de autocontrole

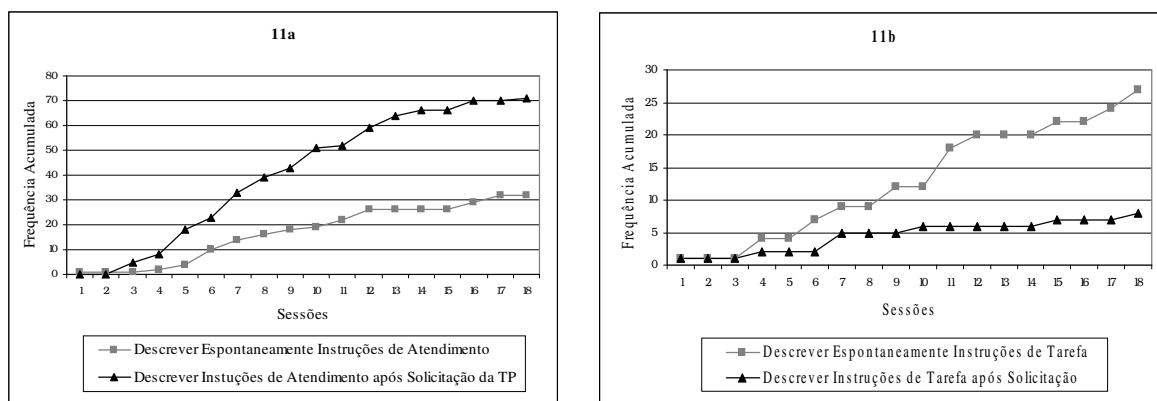
A seguir apresentam-se gráficos de linha com categorias de autocontrole que permitem uma análise comparativa dos resultados obtidos.



Legenda: (1) LB 1 (2) LB 2 (3) Habituação às regras (4) Habituação às regras (5) DRO 3' 10"10" (6) DRO 3' 10"10" (7) DRO 6' 5" 15" (8) DRO 6' 5" 15" (9) DRO 9' 3" 20" 8p (10) DRO 9' 3" 20" 8p (11) DRO 9' 20"8 p (12) DRO 9' 0" 20" 4 p (13) DRO 9' 0" 20" 4 p (14) DRO 9' 0" 20" 2 p (15) DRO 9' 0" 20" 10p Avaliação da Estabilidade (17) Avaliação da Estabilidade (18) Avaliação da Estabilidade

Figura 10. Comparação entre comportamentos de autocontrole apresentados pelo participante referentes a fazer perguntas e fazer sugestões.

Uma análise dos gráficos 10a (comparando as categorias Fazer pergunta de atendimento e Fazer pergunta de tarefa) e 10b (comparando Fazer sugestão de atendimento e Fazer sugestão de tarefa) constata que categorias relacionadas à tarefa apresentam curvas mais ascendentes do que as categorias referentes ao atendimento.



Legenda: (1) LB 1 (2) LB 2 (3) Habituação às regras (4) Habituação às regras (5) DRO 3' 10"10" (6) DRO 3' 10"10" (7) DRO 6' 5" 15" (8) DRO 6' 5" 15" (9) DRO 9' 3" 20"8p (10) DRO 9' 3" 20" 8p (11) DRO 9' 3" 20"8 p (12) DRO 9' 0" 20" 4 p (13) DRO 9' 0" 20" 4 p (14) DRO 9' 0" 20" 2 p (15) DRO 9' 0" 20" 2 p (16) Avaliação da Estabilidade (17) Avaliação da Estabilidade (18) Avaliação da Estabilidade

Figura 11. Comparação entre comportamentos de autocontrole apresentados pelo participante com referência a descrever instruções.

A Figura 11a (comparando as categorias Descrever espontaneamente instrução de atendimento e Descrever instruções de atendimento após solicitação da TP) apontam que descrições espontâneas referentes ao atendimento, foram mais frequentes do que as descrições feitas a partir da solicitação da TP. Na Figura 11b (comparando as categorias Descrever espontaneamente instrução de tarefa e Descrever instruções de tarefa após solicitação da TP) pode-se observar que descrições espontâneas referentes as tarefas, foram menos frequentes do que as descrições feitas a partir da solicitação da TP.

(c) Atraso de Reforço

Quanto ao participante optar por reservar pontos ganhos em uma sessão e adicioná-los a pontos ganhos em outra sessão e vir a ter acesso a reforços arbitrários de maior valor, o participante emitiu este comportamento somente na segunda sessão de DRO 6'5"15", quando apresentou comportamento de atraso de reforço com reserva de 10 pontos para a próxima sessão. Não foi observado outro comportamento de reserva de pontos nas sessões subsequentes, o que pode ser demonstrado nas Tabelas 7, 8, 9 e 10 na qual também estão apresentados a quantidade, os tipos e as reservas de pontos, os reforços arbitrários disponibilizados e a distribuição de valores efetuada pela TP e pelo P, além de estarem identificados quais os brinquedos escolhidos como reforçadores pelo participante.

Tabela 7: Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de HB 1 a DRO 6' 5"15"

Sessão	Pontos		Reserva		Reforçadores Disponíveis e sua pontuação						Reforçadores Escolhidos
	+	0	Sem	Com	1-3 pts	4-6 pts	7-9 pts	10-12 pts	13-15 pts	16 - 20 pts	
HB1	4	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---
HB2	7	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DRO 3'	16	2	---	---	Carro de guerra, livro dos ventos, carroça, jogo do alvo e carrinhos, bombons.	Jogos	Carro Turbo-Race e Motos	Carro Turbo-Race 5, Livrinhos e Pega-Peixe	Carro de bombas e Cartela de Soldadinhos	Carro grande e de controle.	Cartela de carrinhos e Cartela de soldadinhos
DRO 3'	18	0	---	---	Carro de guerra, livro dos ventos, carroça, jogo do alvo e carrinhos, bombons.	Jogos	Carro Turbo-Race e Motos	Carro turbo race 5, Livrinhos e Pega-Peixe	Carro de bombas e Soldadinhos	Carro grande e de controle	Carro de controle
DRO 6'	20	0	X		Carro de guerra, livro dos ventos, carroça, jogo do alvo e carrinhos, bombons.	Jogos e massa de modelar	Carro Turbo-Race e Motos	Carro turbo race 5, Livrinhos e Pega-Peixe	Carro de bombas e saco de petecas	Carro grande e de controle	Massa de modelar e saco de petecas
DRO 6'	20	0		X 10 P	Carro de guerra, livro dos ventos, carroça, jogo do alvo e carrinhos, bombons.	Jogos	Carro Turbo-Race e Motos	Carro Turbo-Race 5, Livrinhos e Pega-Peixe	Carro de bombas e saco de petecas	Carro grande e de controle	Jogo de vareta e saco de petecas

Tabela 8: Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 3"20"

Sessão	Pontos		Reserva		Reforçadores Disponíveis				Reforçadores Escolhidos
	+	0	Sem	Com	1-3	4-6	7-9	10 em diante	
DRO 9'3"20" 8p	8	4	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequenos, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores.	Carro de corrida grande e baralho grande.	Saco de peteca, carro de bombeiro e jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Baralho grande e carro de corrida
DRO 9'3"20" 8p	12	0	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequenos, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores.	Carro de corrida grande e baralho grande.	Saco de peteca, Carro de bombeiro, jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Baralho e ursinho na cadeira
DRO 9'3"20" 8p	12	0	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequenos, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores.	Carro de corrida grande, carro vermelho de fricção e baralho grande.	Saco de peteca, carro de bombeiro, jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Carro vermelho de fricção

Tabela 9: Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 0'20'' 4p

Sessão	Pontos		Reserva		Reforçadores Disponíveis			Reforçadores Escolhidos
	+	0	Sem	Com	1-2	3-4	5 em diante	
DRO 9' 0'20'' 4p	12	0	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequeno, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó, e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores e saco de peteca menor	Carro de corrida grande, baralho grande, saco de petecas, carro de bombeiro, jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Saco de petecas
DRO 9' 0'20'' 4p	12	0	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequeno, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó, e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores e Saco de peteca menor	Carro de corrida grande, baralho grande, saco de petecas, carro de bombeiro, jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Saco de petecas

Tabela 10: Quantidade, tipo e reserva de pontos; reforçadores disponíveis e escolhidos nas sessões de DRO 9' 0'20'' 2p

Sessão	Pontos		Reserva		Reforçadores Disponíveis			Reforçadores Escolhidos
	+	0	Sem	Com	1	2	3 em diante	
DRO 9'0'20'' 2p	12	0	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequeno, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó, carrinho e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores	Carro de corrida grande, baralho grande, saco de petecas, carro de bombeiro e jogo safári, carro de bomba, carro grande e de controle.	Carrinho e Jogo de Dominó
DRO 9' 0'20'' 2p	8	4	X		Lápis de cor, moto, avião, baralho pequenos, lápis de cor, ursinho na cadeira, dominó, carrinho e carro vermelho de abrir porta.	Carros menores	Carro de corrida grande e baralho grande, Saco de petecas, carro de bombeiro e jogo safári, carro de bombas, carro grande e de controle.	Dois brinquedos (por problemas técnicos na gravação, não se conseguiu identificar quais os reforços arbitrários escolhidos por P)

(d) Reforços sociais:

Os reforços sociais, na forma de elogios e aprovação, foram liberados pela TP cada vez que P correspondia às instruções e acordos estabelecidos no início do atendimento, assim como ao final de cada sessão. Com isso observou-se que, no decorrer dos atendimentos, P passou a elogiar a TP durante a execução das tarefas. Os reforços sociais continuaram ao longo de todo o processo de atendimento, mesmo após a retirada gradual dos reforçadores materiais, o que aparentemente contribuiu para que P mantivesse os comportamentos de autocontrole.

Relatos: 1. *O problema é que a Sra. está sendo uma ótima jogadora...*

2. *Nesse jogo a Sra. tá craque!...*

3. *A Sra. fez uma bela jogada.*

4. Encerramento e avaliação da intervenção

Na entrevista de Follow-up, durante a segunda aplicação do CBCL com os responsáveis, ao serem solicitados a fazer uma comparação entre os comportamentos observados em P com os de outras crianças, considerando-se a semana anterior a esta entrevista, os pais apontaram que o participante apresentava-se dentro da média para o desempenho em futebol e acima da média para andar de bicicleta e natação. No que concerne ao relacionamento social, os pais de P avaliaram que este se apresentava melhor quanto ao relacionamento com os irmãos, com outras crianças e com os pais. Também fizeram referência à capacidade de P em conseguir divertir-se e trabalhar sozinho como melhor ao ser comparado com outras crianças. Em relação ao desempenho acadêmico, os pais o avaliaram como dentro da média em Português, Matemática, História e Estudos Sociais, e Ciências.

A Tabela 11 apresenta as respostas dos pais relacionadas à maior preocupação em relação a P, como também seus aspectos positivos, obtidos por meio da comparação entre a primeira (CBCL 1) e a segunda aplicação do CBCL (CBCL 2). Os dados demonstram que as preocupações se mantiveram, embora os pais tenham conseguido identificar aspectos positivos em P na segunda aplicação.

Tabela 11: Comparação entre as respostas às perguntas da primeira parte do CBCL, obtidas na primeira (CBCL 1) e na segunda aplicação (CBCL 2).

Maior preocupação em relação ao seu filho		Os aspectos mais positivos do seu filho	
CBCL 1	CBCL 2	CBCL 1	CBCL 2
<i>A minha maior preocupação quanto ao futuro dele é a interação dele e como vai se dar no conjunto da sociedade. Se ele vai se colocar dentro da sociedade entendendo os limites que o conjunto da sociedade impõem...(pai)</i>	<i>Continuo com as mesmas preocupações anteriores...(mãe)</i>	<i>...A amabilidade eu colocaria como a grande característica dele, se você tiver um pouquinho de carinho com ele, ele sai daqui até o infinito...ele é prestativo, ele é alegre, impressionante ele acorda todo dia de bom humor; coloca bom humor aí...(Pai)</i>	<i>...É amoroso, amigo e a honestidade...(mãe)</i>
		<i>...É lindo (Mãe – risos).</i>	

Os resultados obtidos com a segunda aplicação do CBCL (CBCL 2) demonstraram a presença de 74 respostas apontadas pelos pais como *não verdadeiras* (61,66%), 31 respostas *algumas vezes verdadeiras* (25,83%) e 15 respostas *freqüentemente verdadeiras* (12,50%) em relação ao valor total de 120 questões analisadas. Dentre os comportamentos relacionados por este estudo aos critérios do DSM IV para TDAH que foram avaliados como *freqüentemente verdadeiros* na segunda aplicação, destacaram-se: (1) É desobediente na escola; (2) É impulsivo ou age sem pensar; (3) Fala muito; (4) Perturba os outros freqüentemente, e (5) Fala muito alto. Além destes, destacaram-se também: (1) Destroí as suas próprias coisas; (2) Sente ciúme com facilidade; (3) Sente-se ou queixa-se de que ninguém gosta dele; (4) Prefere brincar com crianças mais velhas; (5) Gosta de exibir, fazer palhaçadas, e (6) Mentira.

(a) Comparação entre as duas aplicações do CBCL – Entrevista inicial (CBCL 1) e Follow-up (CBCL 2)

Os resultados obtidos ao encerramento do estudo estão apresentados de acordo com a análise comparativa entre a primeira e a segunda aplicação do CBCL (Tabela XX), seguida da apresentação de relatos obtidos com os pais do participante por meio de entrevista.

Ao se comparar os resultados obtidos com a primeira e a segunda aplicação do CBCL, observou-se que os seguintes comportamentos foram apontados pelos pais como *frequentemente verdadeiro* nas duas aplicações do inventário: (1) destrói as suas próprias coisas; (2) é desobediente na escola; (3) sente ciúme com facilidade; (4) sente-se ou queixa-se de que ninguém gosta dele; (5) é impulsivo ou age sem pensar; (6) prefere brincar com crianças mais velhas; (7) gosta de exibir, fazer palhaçadas; (8) fala muito, e (9) perturba os outros frequentemente.

Comparando-se os resultados obtidos no CBCL 1 e no CBCL 2, observou-se mudança na avaliação dos pais, de *frequentemente verdadeiro* para *algumas vezes verdadeiro*, nos seguintes comportamentos: (1) não consegue concentrar-se, ficar atento muito tempo; (2) não consegue ficar sentado, é irrequieto ou hiperativo; (3) requer muita atenção; (4) não consegue sentir-se culpado depois de se comportar mal; (5) gosta de estar sozinho; (6) é desastrado ou tem falta de coordenação; (7) acumula coisas que não precisa; (8) tem tendência a cair muito; (9) as pessoas riem dele; (10) os seus trabalhos escolares são fracos; (11) gosta de estar sozinho; e (12) repete várias vezes as mesmas ações, compulsões.

Ao se comparar os resultados alcançados do CBCL 1 e CBCL 2 identificou-se mudança na avaliação dos pais, de *frequentemente verdadeiro* para *não é verdadeiro*, nos seguintes comportamentos: (1) destrói objetos da sua família ou de outras crianças e (2) ouve sons ou vozes que não estão presentes. Observou-se também mudança de *algumas vezes verdadeiro* para *frequentemente verdadeiro*, nos seguintes comportamentos: (1) mente e (2) fala muito alto.

A comparação dos resultados obtidos nas duas aplicações do CBCL permitiu identificar que os seguintes comportamentos mantiveram-se avaliados pelos pais como *algumas vezes verdadeiro*: (1) discute muito; (2) não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; (3) é desobediente em casa; (4) acha que os outros o perseguem; (5) sente-se pior que os outros; (6) mete-se em muitas brigas; (7) é nervoso, muito excitado ou tenso; (8) ataca fisicamente outras pessoas; (9) é teimoso, mal-humorado ou irritado; (10) se aborrece com facilidade; (11) fala

palavrões; (12) tem crises de raiva/ temperamento exaltado; (13) preocupa-se muito com a limpeza ou a elegância, e (14) preocupa-se muito.

Comparando os resultados obtidos no CBCL 1 com os obtidos no CBCL 2, observou-se mudanças na avaliação dos pais, de *algumas vezes verdadeiro* para *não é verdadeiro* nos seguintes comportamentos: (1) age de maneira muito infantil para a sua idade; (2) é cruel com os animais; (3) sonha acordado ou perde-se em seus pensamentos; (4) já tentou se suicidar; (5) não se dá bem com outras crianças; (6) tem pesadelos; (7) vê coisas que não estão presentes; (8) provoca incêndios; (9) tem problemas de linguagem ou dificuldade de articulação; (10) rouba coisas fora de casa (11) fala em matar-se (12) fala ou caminha quando está dormindo; (13) ameaça as pessoas, e (14) urina na cama.

Ao se comparar os resultados obtidos nas duas aplicações do CBCL, foi possível observar que houve mudanças, de acordo com o relato dos pais, de *não é verdadeiro* para *algumas vezes verdadeiro*, nos seguintes comportamentos de P: (1) reclama de estar muito sozinho; (2) acha que deve ser perfeito; (3) sente-se muito culpado, e (4) prefere brincar com as crianças mais novas.

(b) Comparação entre os relatos obtidos com os pais: Entrevista Inicial e de Follow-up

Os relatos obtidos com os pais de P foram agrupados em: (1) referentes a características relacionadas ao TDAH observadas em P, e (2) referentes a práticas parentais utilizadas no relacionamento entre eles e P. Nas Tabelas 12, 13 e 14 estes relatos estão apresentados comparando-se os obtidos na Entrevista Inicial com os obtidos na de Follow-up, incluindo informações coletadas por meio do CBCL.

Quanto aos relatos dos pais, ao se estabelecer comparações entre a primeira e a segunda aplicação do CBCL (CBCL 1 e CBCL 2), observaram-se relatos de mudanças de comportamentos de P em itens correspondentes aos critérios utilizados no DSM IV para diagnóstico de TDAH, os quais estão apresentados na Tabela 12.

Os relatos dos pais referentes às práticas parentais adequadas e inadequadas em relação aos comportamentos de P obtidos na Entrevista Inicial e entrevistas de Follow-up, estão demonstrados nas Tabelas 13 e 14. Ao se comparar os resultados obtidos nesses dois momentos, pode-se observar evolução para práticas parentais mais adequadas.

Tabela 12. Relatos dos pais sobre comportamentos relacionados ao TDAH observados em P, obtidos na Entrevista Inicial (CBCL 1) e na Entrevista de Follow-up (CBCL 2).

TDAH	Entrevista Inicial - CBCL 1		Entrevista de Follow-up – CBCL 2	
	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados
Déficit Atenção	<p><i>Nós estamos tratando aqui de atenção fixa, fixar-se em alguma coisa; certo ou errado, ele fixa-se. (pai)</i></p> <p><i>É interessante o que detém ele é jogo de celular (pai)</i></p>	<p><i>Ele sonha acordado às vezes...(mãe)</i></p>	<p><i>Melhorou a concentração e o aspecto da responsabilidade (mãe).</i></p>	<p>Não identificados.</p>
Hiperatividade/ Impulsividade	<p><i>Ele dormia de noite, de noite ele apagava (mãe).</i></p> <p><i>Na hora de fazer a refeição, ele senta lá (pai).</i></p> <p><i>Senta; se tem alguma coisa que interesse na TV, se for filme de ação ou filme policial, [ele] assiste tranqüilamente.(mãe)</i></p>	<p><i>Difícil era ele ficar sentado, respeitar a regra da escola (Mãe).</i></p> <p><i>Mas, durante o dia ele incomodava o dia inteiro, muito mexilhão (Mãe).</i></p> <p><i>Essa corda que ele [pai] colocou no pé do jambeiro é enorme. Eu colocaria sabendo que meu filho não tem medo de nada? Eu não colocaria!</i></p> <p><i>Quando eu cheguei em casa, o menino[P] estava com isso aqui (mostrou com a mão apontando com o lado do corpo) que era só carne viva. Porque ele sobe e desce nessa corda do jambeiro (mãe).</i></p> <p><i>Ele não tem medo de nada... Só vive machucado... (Mãe)</i></p>	<p><i>Eu percebo mais[a concentração de P] na hora de estudar. E se tem algum programa de TV, ele já assiste, tá se interessando (mãe).</i></p> <p><i>Até em jogar com a irmã. ... Ele sentou com ela e jogou. Ele, antigamente queria sempre tá ganhando, roubando dela e dessa vez eu prestei atenção que ele jogou direitinho com ela, jogaram até cansar(mãe).</i></p> <p><i>Ele estava com o nariz entupido e aí eu falei “cadê aquele remédio? ”Aí ele disse: “não “; tava com medo. Aí eu falei que eu que ia botar. Aí hoje de manhã eu falei “cadê o remédio?”aí ele “não mãe, já tá bom”aí eu disse, “calma, sou eu que vou colocar, pode confiar”... Quer dizer, ele já tá com medo...Depois que ele começou o tratamento contigo ele nunca mais subiu na corda do jambeiro...(mãe)</i></p>	<p>Não identificados.</p>

Tabela 12 (continuação). Relatos dos pais sobre comportamentos relacionados ao TDAH observados em P, obtidos na Entrevista Inicial (CBCL 1) e na Entrevista de Follow-up (CBCL 2).

TDAH	Entrevista Inicial – CBCL 1		Entrevista de Follow-up – CBCL 2	
	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados
Problemas de Aprendizagem	<i>Ele sabe muito, ele sabe muito...(Mãe)</i>	<i>Mas o problema dele é: ou ele bem copia ou ele vem fazer o dever... (Mãe)</i> <i>Ele não lê os comandos, a instrução...(Mãe).</i>	<i>Ele aprende com facilidade e até manuseando, ...(Pai)</i> <i>Ele já pede para ler, já tem interesse em ler! (mãe).</i> <i>Hoje a gente sente um desejo dele em ir para a escola, o que a gente não via na escola anterior...(pai)</i>	<i>Troca letras, só na escrita...(mãe)</i>
Comportamento Anti-social	Não identificados.	<i>O negócio é o seguinte: ele não quer perder(pai)...Aí ele é capaz de roubar (mãe)... Mas ele tira atenção de alguém [durante um jogo], aí ele vai e mexe a pedrinha dele (mãe).</i> <i>Ele vai inventar uma história, mas esse pino estava aqui....!! Mas ele tem paciência de jogar (pai).</i> <i>No mercado outro dia...quando chegamos na casa, vimos que ele tinha pego um Tic Tac [sem pagar] (pai).</i>	<i>Ele disse “não falei que eu não tava mentindo?”; eu disse “não, eu acreditei em você, mas eu tinha que ir lá pra saber se realmente ela riscou seu nome” (mãe).</i>	<i>Só uma coisa que eu já te falei, eu achei ele um pouco mais mentiroso (mãe).</i> <i>Ele conseguiu fazer 3 adultos acreditarem que a gente ia se mudar da vila para o [condomínio] Greenville (pai)</i>

Tabela 13: Práticas parentais descritas pelo pai de P durante a Entrevista Inicial (CBCL 1) e a Entrevista de Follow-up (CBCL 2).

Entrevista Inicial - CBCL 1		Entrevista de Follow-up - CBCL 2	
Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados
<p><i>A mim ele respeita, V. Não faz,...,ele tá bom, já Ouvi. Comigo não, é verbal,ele atende (pai).</i></p> <p><i>Eu não, eu não ameaço,..(pai).</i></p>	<p><i>Eu não ameaço, se eu for bater, ele sabe que eu vou bater mesmo (pai).</i></p>	<p><i>...eu tenho tentado com mais frequência agora, demonstrar minha afetividade por ele...(pai)</i></p> <p><i>Hoje de manhã quando ele acordou ele já ficou mais perto de mim, eu tava fazendo uma coisa no quintal aí ele já foi comigo, carregamos madeira juntos, pregamos uns pregos e ele do meu lado, eu senti que ele ficou mais perto de mim em função de eu ter me aproximado ontem dele e não ter recusado levá-lo nas costas (pai).</i></p> <p><i>O que está faltando mudar é ter um pouco mais de paciência com ele (pai).</i></p>	<p><i>No domingo ele sentou no teu colo aí tu “.. sai V., senta ali no chão” aí ele “éras pai, vc já vai viajar”? (mãe falou para o pai).</i></p> <p><i>Eu uma vez peguei ele pela orelha e fui brigando com ele até o local que ele tinha molhado com a mangueira. Depois que eu pensei que eu não devia ter feito isso, devia ter chamado e conversado...(pai)</i></p>

Tabela 14: Práticas parentais descritas pela mãe de P durante a Entrevista Inicial (CBCL 1) e a Entrevista de Follow-up (CBCL 2).

Entrevista Inicial - CBCL 1		Entrevista de Follow-up - CBCL 2	
Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados	Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados
<i>Eu sou difícil bater, eu falo, ameaço (Mãe).</i>	<i>É o que eu estou te falando; comigo também, só que eu ameaço que vou bater nele.(mãe)</i>	<i>Olha, eu não tenho tido muitos problemas com ele. Nessa semana que eu adoeci, eu consegui que ele ficasse mais comigo, colocar a matéria dele toda em dia, ficou mais dentro de casa. Só que terça-feira, ele desobedeceu... aí eu mandei chamar, “eu não quero nem conversar contigo”, mandei ele tomar banho, e disse: você vai lanchar e já vai pra dentro do quarto. Antigamente ele chorava, fazia aquela cena; dessa vez ele foi sem chorar, não falou nada (mãe).</i>	<i>No dia que ele mentiu, lá em Salinas, eu coloquei ele no quarto e dei uma surra nele... No outro dia, eu tive que dizer que não estava [em casa]. Eu menti! E ele me disse ontem: você me deu uma surra por eu ter mentido e hoje você é que mentiu...(mãe)</i>
<i>Meio dia, lá em casa tudo tem horário, porque eu sou... porque eu sou extremamente estressada com horário, tem que ser tudo na hora (Mãe).</i>	<i>É difícil colocar regras para P, porque na maioria das vezes ele nunca obedece. Eu primeiro tenho que ameaçar entendeu?... Eu tenho que ser um pouco dura com ele, e isto me faz sofrer muito. Eu saio de casa pensando: será que vou encontrar meu filho vivo? (mãe)</i>	<i>Eu tô participando mais, eu já tô dando um horário para gente estudar e eu acho que ele tá gostando mais de estudar, porque ele quer estudar comigo...(mãe)</i>	
		<i>No meu caso é mais conversa, eu conversava mais com ele, por causa do limite, né? Antes eu ameaçava, eu batia, eu já fiz de tudo com P, prometia alguma coisa; agora não, eu converso com ele...(mãe)</i>	

(c) Farmacoterapia

O participante iniciou tratamento farmacoterápico com metilfenidato (apresentação na forma de Ritalina) em torno de dois meses e meio antes do início da aplicação do procedimento em contexto psicoterápico. Ao encerramento do estudo os pais referiram que, durante o período em que P participou das sessões de intervenção, o medicamento foi ministrado com regularidade e que eles observaram efeitos positivos sobre os comportamentos de P em domicílio, com ausência de efeitos colaterais. Inclusive houve referência ao controle no uso do medicamento pelo próprio participante, como ilustram os seguintes relatos obtidos com o pai.

Relatos do pai:

1. *Esse medicamento de P eu não tenho nenhuma crítica...*
2. *Eu geralmente faço o café da manhã deles. Ele tem sido responsável com remédio dele. Ainda hoje eu tive que fazer muitas coisas ao mesmo tempo na hora do café e estava atrasado. Eu coloquei a mesa, aí ele foi tomar banho, voltou do banho, sentou, perguntou: cadê o remédio? Aí, fui, coloquei o remédio [à mesa]. O remédio estava pra acabar, aí ele todo dia: olha, faltam três remédios; olha, faltam dois remédios, falta um remédio...olha, acabou o remédio...*

Discussão

Considerando-se que o objetivo deste estudo foi verificar a eficácia do uso de esquemas de reforçamento diferencial e de atraso de reforço na instalação e/ou no aumento da frequência de respostas de autocontrole em crianças com diagnóstico de TDAH ao serem comparadas com respostas de hiperatividade-impulsividade. Visou também avaliar se, ao instalar respostas de autocontrole, se reduz respostas de hiperatividade-impulsividade nessas crianças.

Assim os principais resultados sugerem que: (a) o participante apresentava um quadro comportamental de Hiperatividade e de Impulsividade correspondente ao descrito pelo DSM IV, de acordo com os relatos dos pais, das professoras da escola anterior e dos resultados obtidos com a aplicação da Escala de TDAH versão para professores; (b) os resultados revelados nas sessões de observação direta demonstraram presença de número maior de comportamentos classificados como de autocontrole em relação aos comportamentos classificados como de hiperatividade-impulsividade, desde as sessões de Linha de Base até as de Avaliação da Estabilidade; (c) o participante permaneceu executando as tarefas até concluí-las, observando-se um único episódio de abandono de tarefa, constatando-se interrupções que não prejudicaram a execução das mesmas; (d) ao se comparar os resultados advindos da Escala de TDAH versão para professores aplicado na escola anterior com os obtidos na escola atual do participante, observou-se que, aparentemente, de acordo com a avaliação dos professores, houve mudança comportamental do participante quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade para comportamentos de maior autocontrole; e (e) ao se comparar os resultados obtidos com as duas aplicações do CBCL (na entrevista inicial e no follow-up), observou-se redução de comportamentos de hiperatividade e de impulsividade, tanto por meio das respostas à aplicação do inventário, quanto dos relatos livres dos pais.

História de vida e histórico do diagnóstico

Na história de vida do participante foi possível constatar antecedentes mórbidos relacionados ao pai (hiperatividade-impulsividade), à mãe (epilepsia) e à tia materna (depressão e transtorno psiquiátrico). P também apresentou histórico relacionado a problemas de saúde, infecção respiratória grave quando bebê, e quadro de crises alérgicas constantes que geraram otites recorrentes. Esses aspectos sugerem correspondência, quanto à etiologia, entre a presença de fatores hereditários/genéticos e alta incidência de infecções respiratórias e de alergia, descritos na literatura por Barkley (2002) e Domingo e Risso (2000) como possíveis

fatores causais para o aparecimento de TDAH em crianças como P. Estes autores ressaltam que estudos de maior abrangência têm demonstrado, quanto ao TDAH, que a hereditariedade explica entre 55% a 97% dos casos. Deve-se ressaltar, entretanto, o quanto são polêmicas afirmações como essas, visto que, segundo Gauy e Costa Junior (2005), não há consenso em se levar em conta apenas este tipo de etiologia, pois, de acordo com o que têm revelado diversas pesquisas, deve-se considerar predisposições genéticas com parcimônia, mesmo se conhecendo resultados de estudos sobre determinadas psicopatologias como o TDAH, que apontam participação essencial da genética. Estes autores sugerem ser necessário considerar pesquisas como as realizadas pela psiquiatria, baseadas em estudos da genética quantitativa e molecular (genética comportamental), as quais têm confirmado a influência de múltiplos fatores genéticos e ambientais na heterogeneidade da etiologia e da expressão clínica das principais categorias psicopatológicas.

Os relatos dos pais revelaram que o participante foi submetido a exames de neuro-imagem como tomografia computadorizada, eletro-encefalograma e mapeamento cerebral, os quais não indicaram qualquer alteração neurológica. Esses dados parecem estar de acordo com o que afirma a literatura, que exames de neuro-imagem como esses, não têm demonstrado efetividade no diagnóstico, segundo Domingo e Riso (2000), observando-se maior precisão quando são utilizados exames como Pet scan ou Spect, de acordo com o que sugere Amen (2000) e Barkley (2002).

Os comportamentos identificados em P, a partir dos relatos dos pais obtidos durante a entrevista inicial, quando foi aplicado o roteiro de entrevista e nas respostas obtidas com a primeira aplicação do CBCL, possivelmente correspondem aos comportamentos característicos de uma criança com TDAH descritos por Rohde e cols. (2000) e no DSM IV (1995), assim como confirma o diagnóstico de P realizado pela neuropediatra, o qual se baseou nos critérios do DSM IV.

Os dados coletados por meio dos relatos dos pais sobre o histórico de vida do participante, mostraram que P, desde um ano de idade, apresentou comportamentos exacerbados, prejudicando suas relações em casa e na escola, identificados como dificuldades do participante em ser aceito pelos membros da família, assim como pela presença de freqüentes episódios de exposição a situações de risco como a ingestão do medicamento Sorine e as freqüentes mudanças de escola a que foi submetido por dificuldades de relacionamento com professores. Isso corresponde ao que afirmam Rohde e cols (2000) e Barkley (2002) sobre padrões comportamentais excessivos em crianças com TDAH

prejudicarem as diversas relações da criança em vários contextos, podendo comprometer sua qualidade de vida.

Desempenho acadêmico

Os resultados mostraram discrepância entre os relatos dos professores da escola anterior (frequentada antes do estudo) e a escola atual (frequentada durante o estudo). Isso pode estar relacionado à mudança de P de um colégio onde havia um professor para cada disciplina, para outro colégio com uma professora para todas as disciplinas (exceto inglês); assim como a possível diferença no número de alunos por sala em cada escola. Esses aspectos estão de acordo com Cypel (2000), quando este afirma que crianças com TDAH têm dificuldades de frequentar escolas tradicionais e salas de aulas com número grande de alunos e com grandes exigências, ficando mais dispersa e alheia, sendo recomendadas escolas com classes pequenas, de no máximo 15 alunos, podendo assim receber uma atenção individualizada.

Vale ressaltar que, no colégio anterior, o participante era visto como uma criança que tinha padrão comportamental *problemático* (sic), enquanto na escola atual a professora avaliava que os comportamentos do participante encontravam-se no mesmo nível das outras crianças. Deve-se considerar também que, o fato de a professora atual avaliá-lo com padrões comportamentais semelhantes ao das outras crianças, pode: (a) ter contribuído para o participante adotar comportamentos mais *adequados* no contexto escolar; e (b) estar relacionado ao fato de o participante, ao frequentar a escola atual, já fazia uso do medicamento indicado pela neuropediatra há cerca de dois meses e meio, além de já ter iniciado o processo de intervenção deste estudo.

Quanto às expectativas e forma do professor lidar com uma criança com TDAH, Cypel (2000) e Barkley (2002) revelam que os professores em geral respondem aos problemas exibidos por crianças com TDAH de forma mais negativa, tornando-se mais controladores e autoritários com elas; suas frustrações com tais crianças podem torná-los ainda mais negativos em suas interações. Experiências mostram que atitudes como essas podem prejudicar o desempenho escolar de crianças portadoras com TDAH, chegando até o insucesso e abandono escolar. Por outro lado, uma relação professor-estudante positiva pode melhorar as adaptações acadêmicas e sociais.

No entanto, os resultados provenientes dos relatos dos professores da escola anterior correspondem aos relatos dos pais sobre os comportamentos hiperativos-impulsivos de P,

confirmando a prevalência destes sobre os comportamentos de autocontrole no momento da avaliação inicial feita pelos pais. Estes dados correspondem às descrições dos critérios diagnósticos do DSM-IV (1995) os quais apontam que, para crianças serem diagnosticadas com TDAH, devem apresentar padrão comportamental semelhante em pelo menos dois contextos diferentes, como domicílio e escola, o que foi identificado em P. Os resultados concordam com as afirmações de Cypel (2000) quanto a reação do professor ao padrão comportamental de uma criança com TDAH, que é semelhante às reações provocadas em outras pessoas e em outros ambientes (domicílio, festas, clubes e etc.).

Assim sendo, ao início do estudo, P demonstrou padrões comportamentais característicos de uma criança com TDAH, segundo os relatos das professoras da escola anterior, estando de acordo Rohde e cols. (2000) quanto aos sintomas que caracterizam uma criança com TDAH em contexto escolar, os quais são: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; presença freqüente de agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; e abandonar sua cadeira em sala de aula. Ressalta-se que esses sintomas descritos correspondem aos critérios diagnósticos do DSM IV. Com isso, pôde-se identificar em P os mesmos prejuízos que Rohde e cols. (2000) constataram que o TDAH causa nas atividades acadêmicas de crianças acometidas deste transtorno.

Sessões de Observação de Comportamento

Método utilizado

A utilização de entrevistas com a neuropediatra, os pais e professores, propiciou considerável quantidade de informações, assim como os instrumentos aplicados (roteiros de entrevista semi-estruturada, escalas como o CBCL e a escala de TDAH versão para professores), colaboraram para avaliações mais detalhadas quanto aos comportamentos do participante observados nas sessões de intervenção.

A filmagem das sessões de observação direta do comportamento permitiu a obtenção de dados relevantes para realizar análises comparativas com os dados coletados nas dezoito sessões de atendimento, bem como por meio da comparação com os dados obtidos com as entrevistas e a aplicação de instrumentos padronizados. Nas ocasiões em que P era exposto

aos esquemas de reforçamento (especialmente o DRO), tanto com o uso de reforços sociais quanto materiais, foi possível constatar concordâncias e discrepâncias entre os resultados, de forma mais completa e fidedigna.

Diante disso, pode-se observar que a escolha do procedimento adotado nos atendimentos, no decorrer dessa pesquisa, mostra-se de acordo com o que é recomendado por Domingos e Risso (2000), Barkley (2002) e Queiroz e Guilhardi (2002) quanto ao uso de roteiro de entrevista e de escalas (de acordo com as recomendações da literatura), à adoção de observação direta do comportamento e ao uso de esquemas de reforçamento em estudos sobre o TDAH.

Vale ressaltar que o CBCL e a Escala de TDAH versão para professores apresentaram alguns itens que tornaram difícil a pronta resposta por parte dos pais e professores, as quais só ocorreram após esclarecimento por parte da TP. Quanto à Escala de TDAH versão para professores, constatou-se algumas dificuldades relacionadas a casos em que a escola adotava um professor para cada disciplina. Isso ocorreu no momento do preenchimento da escala nas afirmações da seção de problemas de aprendizagem, devido à necessidade de o professor responder questões referentes a diversas disciplinas, ocorreram dificuldades em responder sentenças que se referem às disciplinas que não são as suas. Aparentemente, essa escala foi elaborada para obter respostas sobre alunos que possuem apenas um professor para todas as disciplinas. Deve-se considerar que este instrumento foi elaborado para ser aplicado em professores de crianças de ensino fundamental, com a ressalva que há escolas, hoje em dia, que já estão adotando a presença de um professor para cada disciplina, desde as séries iniciais de ensino.

É válido fazer referência às fichas de monitoramento e seu uso, pois, embora elas não tenham sido analisadas em função da qualidade dos registros, podem ter contribuído para que os pais de P adquirissem comportamentos de observação mais acurada em relação a este.

No que concerne à utilização do apito e do gravador com a frase *Veja o que está fazendo agora*, as observações sugerem este recurso colaborou para que P adotasse comportamentos de autocontrole de acordo com as instruções dadas no início de cada sessão, observando-se mudanças comportamentais em P, como maior atenção e descrição do seu comportamento e conseqüente maior controle sobre o mesmo. Ressalta-se que, apenas por duas ocasiões, ambas ocorridas na primeira sessão da introdução do apito, P reclamou que este estava muito alto.

O participante aparentou, nas sessões subseqüentes, ter se adaptado à presença do apito, uma vez que se observou que após a emissão deste, P continuava jogando, com a ressalva de que, em geral, se organizava na cadeira. Observou-se, também, que P generalizou esse momento de ficar controlando seu comportamento para outras ocasiões nas quais não havia a presença do apito e da frase, pois quando precisava levantar-se, solicitava permissão da TP. Neste caso, deve-se considerar que o comportamento de P corresponde ao que Barkley (2002) aponta quanto à necessidade de estímulos externos para auxiliar no controle de comportamentos de hiperatividade-impulsividade e na manutenção destes.

No que se refere à generalização acima descrita, se observou que esses resultados estão de acordo com o estudo de Queiroz e Guilhardi (2002) que afirmam que é possível obter generalizações comportamentais ao longo de sessões de atendimento terapêutico, utilizando-se um procedimento sistematizado, assim como para outros contextos.

No entanto, ao se avaliar que, no procedimento utilizado neste estudo, vários estímulos concorriam e, mesmo assim, P conseguiu manter a atenção e o autocontrole, é possível afirmar que esses resultados concordam com Barkley (2002) quando afirma que embora crianças com TDAH necessitem ambientes que não tenham diversidade de estímulos para se controlarem melhor, em determinadas situações específicas, estímulos paralelos ao estímulo central podem facilitar o desempenho.

Foram utilizados reforços sociais concomitantemente a apresentação de reforços materiais (cartões com o sinal mais e brinquedos). O objetivo foi que, no decorrer do atendimento, a força motivacional dos reforços materiais se transferisse para os reforços verbais-sociais quando aqueles fossem gradualmente retirados do procedimento. Os resultados sugerem que os reforços sociais adquiriram e mantiveram propriedades reforçadoras em relação a P, servindo de modelo para P estar, por vezes, liberando verbalmente reforços sociais também para a TP, durante a execução das tarefas. Estes resultados estão de acordo com as afirmações de Barkley (2002) quanto à necessidade que crianças com TDAH têm de fontes externas de motivação, por vezes artificiais, como recompensas.

O fato de os reforços sociais adquirirem e manterem propriedades reforçadoras em relação a P, correspondem aos resultados alcançados no estudo de Queiroz e Guilhardi (2002), que foram bem sucedidos ao conseguirem transferir as propriedades reforçadoras dos reforços materiais para os sociais, como ocorreu com P favorecendo o autocontrole e a adquirir ou manter comportamentos sociais adequados durante o atendimento. Estão em concordância

também, com os resultados que Neef e cols. (2001) obtiveram em um experimento cujos resultados mostraram que o autocontrole obtido em situação de treino generalizou-se, transferindo-se ao longo das dimensões de reforçamento não treinadas. No caso de P deve-se considerar, ainda que como hipótese provável para que se alcançassem tais resultados, o repertório comportamental de entrada de P, quanto a adotar atitudes de *gentileza*, como cumprimentar espontaneamente os funcionários e professores de sua escola anterior, segundo relatos das professoras entrevistadas.

Mesmo diante do fato de que alguns instrumentos apresentaram algumas dificuldades durante a aplicação, aparentemente a metodologia adotada mostrou ser eficaz para coletar dados de acordo com os objetivos deste estudo e também para instalar e/ ou para principalmente manter comportamentos de autocontrole, revelando estar em consonância com o experimento realizado por Queiroz e Guilhardi (2002), os quais descrevem ter obtido sucesso no estabelecimento de comportamento de autocontrole, com presença de estímulos sinalizadores e estímulos reforçadores materiais e sociais.

Tipos de tarefas e efeitos no repertório comportamental

Dentre as tarefas disponibilizadas, as mais selecionadas foram Lince, Cara-a-Cara, Cai-não-Cai e Pula-Macaco. No que se refere ao Lince, Cara-a-Cara e Cai-Não-Cai, estes foram os jogos mais selecionados por P possivelmente em função de se configuraram como *novidades* para P, assim como por apresentaram maiores exigências e conseqüentemente maior dificuldade para uma criança com TDAH. Por outro lado, podem estar mais de acordo com o desenvolvimento cognitivo de P e suas necessidades de enfrentar desafios, correspondendo aos relatos dos pais quanto a P se engajar mais em atividades desafiantes. Deve-se considerar nesta análise que, de acordo com o sistema ESAR de classificação de jogos (Tabela 1), os jogos acima mencionados têm alguns aspectos em comum: são classificados como jogos de regras simples, considerando que, no entanto, cada um deles não faz parte somente dessa classificação; suas características permitem enquadrá-los em aspectos como habilidades funcionais, e no caso do Cara-a-Cara, pode ser enquadrado em condutas cognitivas. Com isso, aparentemente são jogos que, somadas as suas propriedades, tornam-se mais exigentes, com aspectos relacionados às atividades novas e desafiantes, conforme sugere Barkley (2002) ao fazer referência quanto à necessidade que crianças com TDAH têm por atividades novas, estimulantes e desafiadoras, devido à dificuldade de fixarem sua atenção por tempo prolongado, principalmente em atividades mais longas que o usual, configuradas como ‘mais maçantes, repetitivas e tediosas’.

Quanto ao jogo Pula-Macaco, que P referiu na primeira sessão de Linha de base não gostar e não o escolhendo nesta ocasião, foi eleito por P nas sessões subseqüentes, chegando a jogá-lo por quatro vezes. É provável que isso tenha ocorrido em função de, na linha de base 1, ter havido restrições nas opções de jogos da preferência de P e, ao experimentar jogar o Pula Macaco, passou a se interessar pelas diversas possibilidades que este jogo propiciaria, inclusive o desafio.

Os jogos nos quais P passou maior tempo foram: Cara-Maluca, Dama e Cara-a-Cara (Tabela 5). No que se refere ao jogo de Dama, pode estar relacionado com o fato de ser um jogo de sua preferência, conforme depoimento do próprio participante; e, em relação ao Cara Maluca e ao Cara-a-Cara, é possível que seja por estes se configurarem, na ocasião, como novidades para P. Deve-se considerar que essas tarefas foram escolhidas por P, sugerindo que, em tarefas de sua preferência, P permanecia por maior tempo jogando, correspondendo aos estudos descritos por Barkley (2002).

Ainda quanto às tarefas desempenhadas durante as sessões, vale ressaltar alguns aspectos como o relacionado ao jogo de Dama, propositalmente introduzido na segunda sessão de Linha de Base, o qual foi o escolhido por P, que o jogou por mais da metade da sessão, o que também ocorreu na segunda sessão de Avaliação da Estabilidade na qual P jogou por mais de uma hora. É interessante destacar que P apresentou maior frequência de ações relacionadas a categoria *Burlar as regras da tarefa* nesse contexto. P explicou na segunda sessão de AE, que se tratava de uma forma de jogar Dama de seus colegas da escola. Já na sessão seguinte de AE, P explicou que aquela forma de jogar não existia, mas, como jogavam daquela maneira no colégio, ele continuaria jogando desta forma com seus colegas e que, no atendimento, seguiria as instruções do jogo. Quanto a essa questão, os resultados mostraram que correspondem a padrões comportamentais de crianças com TDAH descritos na literatura por Silva (2003) no que se refere a serem criativas, propondo novas formas de executar tarefas. Por outro lado, quando P se apresenta disposto a seguir as regras do jogo pode-se perceber discordância do que afirma Barkley (2002) quanto a crianças com TDAH terem dificuldades de seguir regras.

Dentre os jogos disponibilizados durante o atendimento, constatou-se que, independente da escolha ser de P ou de TP, o participante permaneceu jogando até concluir as tarefas, observando-se apenas um abandono na primeira sessão de linha de base. Deve-se considerar também, que as interrupções que aconteceram não trouxeram prejuízos na execução das tarefas, em momento algum, no decorrer do atendimento. Ou seja, os resultados

demonstram que pelo número de tarefas concluídas, abandonadas e interrompidas, o participante aceitou, sem mostrar resistência, jogar ou colaborar com a tarefa, independente se seria sua escolha ou não. Neste caso, observa-se discordância entre os resultados obtidos em relação às afirmações de Barkley (2002), o qual revela que a criança com TDAH tem dificuldade de se manter por muito tempo em tarefas, principalmente em tarefas que não sejam de seu interesse.

No entanto os resultados demonstram que as tarefas nas quais o participante permaneceu por mais tempo, foram aquelas escolhidas por P, portanto de seu interesse e/ou preferência, assim, no que está relacionado ao maior tempo de execução, pode-se perceber concordância com as afirmações de Barkley (2002) acima citadas.

Tratamento farmacoterápico

Os pais referiram que, ao administrar o medicamento (Ritalina), observou-se efeitos positivos sobre os comportamentos de P em domicílio, com ausência de efeitos colaterais adversos. Aparentemente é possível que tais efeitos tenham se generalizado para contextos além do domicílio, como escola e atendimento psicoterápico. Isso explicaria o fato da professora da escola atual não considerá-lo como uma criança hiperativa e que os dados obtidos nas sessões de observação mostraram que o participante, em relação ao sistema de categorias adotado neste estudo, apresentasse alto índice de comportamentos de autocontrole em comparação com os comportamentos de hiperatividade-impulsividade desde as sessões de linha de base. Os resultados são compatíveis com o que revela a ABDA (2004) quanto à sugestão de administrar primeiro o medicamento depois a psicoterapia. Por outro lado, Cypel (2000) discorda, pois sugere o uso de medicamento antes da psicoterapia apenas em caso de extensos prejuízos na vida da criança. Os resultados positivos alcançados com a introdução do medicamento confirmam o que afirma Barkley (2002) quanto a estudos multimodais de tratamentos, apontando a eficácia da administração da medicação *isoladamente* em crianças com TDAH, embora esse mesmo autor ressalte que o mais indicado é um pacote de tratamento com múltiplas intervenções.

Terapia comportamental

Os resultados obtidos nas sessões de observação de comportamento mostraram significativa discrepância dos comportamentos de autocontrole em relação aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, desde a Linha de base até a Avaliação da

Estabilidade, assim como demonstraram que não se observou aumento na frequência de comportamentos de hiperatividade-impulsividade no contexto de atendimento.

Em relação ao autocontrole, a categoria que se mostrou mais freqüente foi a de *Responder às perguntas de TP relacionadas à tarefa*, o que pode estar relacionado ao elevado número de perguntas emitidas pela TP em relação à tarefa, possivelmente pelos contatos iniciais do participante com os brinquedos e jogos disponíveis em condição de atendimento e ao tipo de jogo, como jogos que tivessem como procedimento responder perguntas formuladas pelo adversário, no caso a própria TP, como o Cara-a-Cara.

No que se refere à categoria *Descrever instrução de tarefa após solicitação da TP*, a qual apresentou menor frequência dentre todas as categorias, possivelmente se deve ao fato de que as instruções referentes às tarefas favoreceram a compreensão clara e suficiente para não haver necessidade de esclarecimentos adicionais.

Quanto à frequência observada na categoria *Automanipular concomitantemente*, pode estar relacionada à presença de comportamentos de hiperatividade-impulsividade concomitantes a realização das tarefas. No entanto, esses resultados sugerem que o participante, ao emitir comportamentos de automanipulação no decorrer das sessões, não se prejudicou e nem trouxe prejuízos para a execução das tarefas. Estes achados correspondem em parte às afirmações de Amen (2000) e Silva (2003) no que se refere ao padrão comportamental de crianças com TDAH, quanto a comportamentos de auto-estimulação relacionados a não conseguirem ficar sem atividades, quando o ritmo da atividade demonstra ter um nível mais reduzido, ou ao fato de a criança já conhecer o jogo, brinquedo ou tarefa a ser executada. Esta criança tem a tendência de buscar estimulação no meio para que esse lhe responda à altura de sua necessidade ou então se auto-estimulam com sucessões de comportamentos dirigidos a si mesmos em determinada situação. No entanto, esses mesmos autores referem que, em geral, crianças com TDAH, por agirem dessa maneira, acabam trazendo prejuízos a si e/ ou ao seu meio, o que não correspondeu ao caso de P, pois não houve aparente prejuízo quando este se automanipulou concomitante a execução das tarefas.

Quanto aos comportamentos de hiperatividade-impulsividade, constatou-se que a categoria que apresentou maior frequência foi *Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP*. Provavelmente, isto ocorreu por esta categoria estar relacionada a sua história de condicionamento (déficit de atenção e dificuldade de se concentrar em solicitações que não lhe interessam), com episódios descritos por seus responsáveis durante a realização

de entrevista. Esses resultados estão de acordo com os comportamentos apresentados por crianças com TDAH, como descreve Amen (2000), Rohde e cols. (2000) e Silva (2003).

Dentre os comportamentos de menor frequência de hiperatividade-impulsividade, encontram-se o comportamento de *Abandonar tarefa*. Assim constatado devido o participante ter abandonado a tarefa apenas uma vez na sessão de Linha de Base. O que pode sugerir a presença de comportamentos de perseverança no repertório do participante, além da atenção e concentração, independente se a escolha do jogo era sua ou da TP. Vale ressaltar que a tarefa que P abandonou foi uma escolha dele. Resultados como estes revelam estar em discordância com o que Rohde e cols. (2000) sugerem, e com os critérios diagnósticos do DSM IV (1995) que descrevem a dificuldade que uma criança com TDAH teria em permanecer realizando tarefas, pois seu comportamento padrão seria o de estar trocando freqüentemente de tarefas e as deixando inacabadas.

Pode-se perceber que o participante apresenta alta frequência em concluir as tarefas e que as interrupções concomitantes não trouxeram prejuízos a sua execução. É provável que o participante conseguisse manter-se executando atividades porque foi direcionado por uma outra pessoa, a terapeuta-pesquisadora. Assim como, pode ter favorecido o fato de estar inserido em um ambiente estruturado e com tarefas direcionadas, correspondendo ao que Schwartzman (2001) afirma sobre crianças com TDAH acabarem se comportando de forma mais tranqüila em ambientes mais continentares; assim como, segundo Silva (2003), deve-se considerar a capacidade observada em crianças com TDAH de se hiperfocar, se estiverem envolvidas em atividades de seu real interesse, de forma até passional.

Destacam-se ainda, os comportamentos de hiperatividade-impulsividade de *Burlar instruções de tarefa*, possivelmente relacionado à sua história de condicionamento de burlar regras para obter favorecimento pessoal, o qual foi relatado por seus responsáveis e percebido durante o atendimento. Este resultado pode estar também relacionado à dificuldade de P em controlar seus impulsos e a tolerar frustração, pois segundo a literatura, crianças com TDAH necessitam ser atendidas em seus desejos e necessidades de forma imediata (buscam a imediatividade do reforço), podendo levar a adotarem comportamentos problemáticos como: mentir, enganar e roubar; como afirmam Amen (2000) e Goldstein e Goldstein (2001).

Quanto ao procedimento de atraso de reforço disponibilizado, P optou por reservar 10 pontos apenas na sessão de esquemas de reforçamento de 6'5"15" para próxima sessão, não se observando mais reserva de pontos nas sessões subseqüentes. Esses resultados mostraram que P não adquiriu comportamentos de autocontrole relacionado a esperar para obter reforçadores

de maior valor. Esses resultados sugerem que P apresentou as mesmas dificuldades de adquirir comportamentos de esperar para alcançar reforçadores mais valiosos como outras crianças com TDAH, como revelam os estudos de Barkley (2002) e Goldstein e Goldstein (2001). O desempenho de P em adquirir comportamento relacionado a esperar para obter reforçadores de maior valor, mesmo em condição de treino se mostrou incipiente, discrepante em relação aos comportamentos de crianças que participaram dos estudos de Kerbauy e Buzzo (1991) e Binder e cols. (2000), inclusive estudo com crianças com TDAH, as quais foram expostas a treino de autocontrole que envolveu situação de escolha de recompensas menores e mais imediatas e maiores e mais atrasadas. Os resultados destes estudos sugerem que em ambos o treino foi eficaz para as crianças adquirirem habilidades para esperar por reforços maiores e mais atrasados, o que não ocorreu com o presente estudo.

Deve-se ressaltar que o comportamento de P, que é uma criança com 9 anos, não corresponde com os comportamentos observados por crianças de 6 a 9 anos do estudo de Sonuga-Barke e cols. (1989) que preferiram recompensas maiores e atrasadas; assim como não está de acordo com Logue (1995) que em seu estudo aponta que crianças mais velhas são mais capazes de maior autocontrole e de avaliar ganhos futuros, no entanto o comportamento de P encontra-se em concordância com os resultados que revelam que crianças mais velhas parecem ser menos afetadas por resultados mais atrasados.

Aquisição e Manutenção de Comportamentos de Autocontrole

Os resultados obtidos sustentaram a importância do modelo de causalidade externa defendido pelo behaviorismo radical, segundo o qual a explicação do comportamento de autocontrole deve ser buscada no ambiente externo (físico e social), imediato e histórico do indivíduo (Skinner, 1998).

As instruções de atendimento dispostas de forma gradual e freqüente, o estabelecimento de acordo, a repetição das instruções seguida de investigação sobre o entendimento do participante, favoreceram possivelmente a instalação e manutenção de comportamentos de autocontrole na medida em que o participante P era exposto a essas contingências, resultados estes que correspondem aos estudos de Queiroz e Guilhardi, (2002), quanto ao uso de procedimento e resultados semelhantes, assim como ao estudo de Bem, 1967 que constatou a importância do ensino para o estabelecimento de auto-instrução e em relação aos resultados obtidos por Pouthas e cols., (1990) que mostrou que crianças menores que 11 anos, podem ser controladas diretamente pela contingência de reforçamento, mesmo com repertórios verbais desenvolvidos.

É possível que, ao expor o participante à execução das tarefas de forma direcionada em ambiente estruturado e a esquemas de reforços apresentados com consistência e firmeza pela TP, tenha contribuído para se alcançar os objetivos descritos acima, o que está de acordo com os achados apontados por Schwartzman (2001). Vale comentar que, quanto ao controle instrucional, o qual se apresentou por meio de instruções claras, com estabelecimento de acordo e com exigências do cumprimento das regras de forma contingente, consistente e firme, as regras dispostas pela TP foram relevantes para que P mantivesse e ampliasse seu repertório de comportamentos de autocontrole, o que não corresponde ao apontado por Barkley (2002) quanto à dificuldade de crianças com TDAH em seguir instrução.

O compromisso assumido pelo P em relação às instruções de atendimento dispostas pela TP ao início de cada sessão, pode ter favorecido a baixa ocorrência de hiperatividade-impulsividade. Conforme vem apontando a literatura (Rachlin, 1974), o autocontrole é mais provável quando o indivíduo emite uma resposta que o impede, posteriormente, de escolher a alternativa de impulsividade, estratégia conhecida como *compromisso prévio*.

Outro aspecto que pode ter contribuído para o estabelecimento de comportamentos de autocontrole e para o fato que se observou desde o início, a diferença entre os comportamentos de autocontrole em relação aos de hiperatividade-impulsividade e elevações e reduções comportamentais discretas no decorrer da aplicação dos esquemas de reforçamento, pode estar relacionada com a apresentação dos esquemas de reforçamento DRO e Fading ter se dado de forma gradual, favorecendo uma adaptação mais gradual de P à intervenção. Deve-se considerar nesta análise os comportamentos de autocontrole já instalados no repertório do participante, antes de ser submetido a este procedimento. Esses resultados possivelmente correspondem ao que Queiroz e Guilhardi (2002) descreveram em sua pesquisa, a forma também gradual que aplicaram os esquemas de reforçamento e o fato de se considerar o repertório do participante como contribuidor para que estabelecesse comportamento de autocontrole.

Quanto ao esquema de DRO aplicado durante as sessões de intervenção, foi possível observar que: (1) é um procedimento que pode ser adotado em atendimento terapêutico, pois pode ser realizado diretamente pela TP já que exige observação e registro possíveis de serem arranjados neste contexto, produz avaliações e resultados mais fidedignos; (2) o participante é envolvido no processo de observação de seu próprio comportamento, aprende a se responsabilizar por suas escolhas e por comportamentos referentes aos acordos estabelecidos, possibilitando atuação ativa de P, passando a perceber que pode ser o produtor de

reforçadores para si e conseqüentemente a controlar seu próprio comportamento, correspondendo ao que está descrito no estudo de Queiroz e Guilhardi (2002). Foi possível observar uma dificuldade durante a aplicação deste procedimento, relacionado à presença de diversos estímulos concorrentes que a TP precisou controlar ao mesmo tempo, como: o momento da introdução do estímulo apito e da frase *Veja o você está fazendo agora*, a passagem do tempo do DRO e da disponibilidade limitada, o comportamento de P e a tarefa que estava executando com P., observando-se neste aspecto discordância do estudo de Queiroz e Guilhardi (2002).

Considerando-se que autocontrole se refere a quando a própria pessoa estabelece contingências de maneira a alterar a probabilidade de um determinado comportamento seu ocorrer (Goldiamond, 1965, citado em Abreu-Rodrigues & Becker, 2004), vale ressaltar que o indivíduo emite tanto resposta controladora quanto controlada. Neste estudo, quando P escolheu a tarefa, atribuiu valor aos reforços arbitrários, descreveu as instruções da tarefa e do atendimento, emitiu respostas controladoras, as quais podem ter favorecido a emissão de comportamentos de concluir a tarefa e seguir as instruções do atendimento e da tarefa, que são consideradas respostas controladas, podem ter colaborado para reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos aversivos (ganhar cartões de 0), aumentando a probabilidade de ocorrência de eventos reforçadores (ganhar cartões de +, ganhar reforços arbitrários e elogios da TP).

Considerações Finais

Ao se observar correspondências e discrepâncias entre as informações obtidas nas entrevistas com os responsáveis e os professores, seus relatos, respostas ao CBCL e à Escala de TDAH versão para professores, e as sessões de observação, os resultados revelam que o objetivo foi alcançado ao se constatar instalação e manutenção de comportamentos de autocontrole em relação a avaliação e o tratamento de crianças portadoras de TDAH. Além de que os relatos de pais e professores sugerem generalização para outros contextos.

Contatou-se que comportamentos hiperativos e impulsivos do participante já se configuravam desde o início do estudo com freqüência reduzida ao serem comparados aos comportamentos de autocontrole.

Vale considerar as limitações desta pesquisa, por se tratar de um estudo de caso o qual não permite generalizações, embora o objetivo deste estudo não pretendesse investigar

generalização. No entanto, os relatos dos pais apontam para benefícios obtidos em ambiente familiar e acadêmico, assim com observado pela TP no contexto de atendimento.

Ao se identificar a presença de generalização dos comportamentos de autocontrole estabelecidos e/ou mantidos em *setting* terapêutico para ambientes naturais como o domicílio e a escola; assim como a aquisição de comportamentos adequados que não foram objetivos desse estudo (como responsabilidade, concentração, melhor tolerância a frustração e redução da labilidade emocional), foi possível constatar discrepância com o que descreve a literatura (Vasconcelos, 2002) a respeito de que intervenções terapêuticas devem ocorrer de preferência em ambiente natural como domicílio e escola em crianças com TDAH, pois estas apresentam dificuldades em generalizar seus comportamentos para outros contextos.

Desta forma pode-se afirmar que esta pesquisa, mesmo considerando limitações, alcançou os objetivos pretendidos e aparentemente mostrou sua relevância, quando sugere que é possível ajudar a instalar e manter comportamentos mais adequados em crianças com TDAH evitando assim que estas entrem na vida adulta com tantos comprometimentos pessoais e sociais, dificultando suas vidas em sociedade, tornando-se um custo para a mesma e diminuindo sua qualidade de vida. Vale desenvolver mais pesquisas como esta, que permitam aprofundar os dados já obtidos, manipulando outras variáveis, como se recomenda que realmente se faça mais pesquisa aplicada com treinamento de pais de crianças com TDAH e também em professores dessas crianças, tanto em *setting* terapêutico como em ambientes naturais, como domicílio e escola.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, J. & Becker, M. E. (2004) Autocontrole: pesquisa e aplicação. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas (pp.259-274). São Paulo: Rocca.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/ 4-18. Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albuquerque, L. C. (2001). Definições de regras. Em H. J. Guilhardi (Org.), Sobre comportamento e cognição: contribuições para construção teoria do comportamento – Vol. 7 (pp.132-140). Santo André: ESETec.
- Amen, D. G. (2000). Transforme seu cérebro, transforme sua vida: um programa revolucionário para vencer a ansiedade, a depressão, a obsessividade, a raiva e a impulsividade. São Paulo: Mercuryo.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Impulsividade – ABDA. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e Impulsividade - TDAH. [online]. Obtido em 19 de Fevereiro de 2004, disponível no site <<http://www.tdah.org.br/>>.
- Barkley, R. A. (2002). Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Bem, S. L. (1967). Verbal self-control: The establishment of effective self-instruction. Journal of Experimental Psychology. 74 (4) 485-491.
- Benczik, E. B. P. (2000). Manual da escala de transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade: versão para professores. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bentall, R.P., Lowe, C. F. & Beasty, A. (1985). The role of verbal behavior in human learning: II. Developmental differences. Journal of Experimental Analysis of Behavior. 43 (2), 165-181.
- Binder, L. M., Dixon, M. R. & Ghezzi, P. M. (2000). A procedure to teach self-control to children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 33 (2), 233-237.
- Carvalho Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise do comportamento. Interação em Psicologia, 6 (1), 13-18.
- Cavalcante, S, N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidade de um modelo analítico-comportamental. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 14,139-147.
- Cypel, S. (2001). A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos.

- Domingos, N. A. M. & Risso, K. R. (2000). O transtorno do déficit de atenção e a hiperatividade infantil. Em E. F. M. Silvaes (Org.). Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil - Vol.2 (pp. 63 – 83). Campinas: Papirus.
- DSM IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (1995) (D. Batista, Trad.). 4ª ed. Porto Alegre: ArtesMédicas.
- Ferster, C. B.; Culbertson, S. & Boren, M. C. P. (1982). Princípios do comportamento. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC.
- Frei, H. & Thurneysen, A. Treatment for hyperactive children: homeopathy and methylphenidate compared in a family setting. Br Homeopath J. Journal Article. Inglaterra [online]. 2001, vol. 90, nº 4 [citado 16 de Janeiro de 2003], p.183-188. Disponível BIREME/ OPAS/ OMS – Biblioteca Virtual em Saúde: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>.ISSN 0007-0785.
- Garon, D. (1992). Classificação e análise de materiais lúdicos: o sistema ESAR. Em A. Friedmann e cols (Orgs.). O direito de brincar: a brinquedoteca (pp 182-169). São Paulo: Scritta.
- Gauy, F. V & Costa Junior, A. L. (2005). A natureza do desenvolvimento humano: contribuições das teorias biológicas. Em A. L. Costa Junior e cols. A ciência do desenvolvimento humano - tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: ArtMed.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (2001). Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Papirus.
- Hanna, E. S. & Ribeiro, M. R. (2005) Autocontrole: um caso especial de comportamento de escolha. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs). Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação. (pp.175-187). Porto Alegre: Artmed.
- Kerbauy, R. R. & Buzzo, M. P. (1991). Descrição de algumas variáveis no comportamento de esperar por recompensas previamente escolhidas. Psicologia-USP. 2_(1/2), 77-84.
- Logue, A.W. (1995). Self-control: Waiting until tomorrow for what you want today. Englewood Clippis: Prentice Hall.
- Millenson, J. R. (1967). Princípios de análise do comportamento. Brasília: Coordenada.
- Neef, N.A., Bicard, D. F. & Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 34 (4), 397-408.
- Pouthas, V., Droit. S., Jacquet, A. I. & Wearden, J. H. (1990). Temporal differentiation of response duration in children of different ages: Developmental changes in relations between verbal and nonverbal behavior. Journal of Experimental Analysis of Behavior, 53 (1), 21-31.

- Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade - PRODAH (2004). [online]. Obtido em 19 de Fevereiro de 2004, disponível no site <[http:// www.ufrgs.br/psiq/prodah.html](http://www.ufrgs.br/psiq/prodah.html)>.
- Queiroz, P.P. & Guilhardi, H. J., (2002) Redução da agressividade e hiperatividade de um menino pelo manejo direto das contingências de reforçamento: um estudo de caso conduzido de acordo com a Terapia por Contingências. Em H. J. Guilhardi (Org.), Sobre comportamento e cognição: Contribuições para construção da teoria do comportamento – Vol. 10 (pp.249-270). Santo André: ESETec.
- Rachlin, H. (1974). Self control. Behaviorism, 2: 94-107.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (Supl II), 7-11.
- Rohde, L. A. (2002). ADHD in Brazil: The DSM-IV criteria in a culturally different population. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 41(9), 1131-1133.
- Schwartzman, J. S. (2001). Transtorno de déficit de atenção. Série Neuro Fácil. São Paulo: Memnon – Mackenzie.
- Silva, A. B. B. (2003). Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. Napades: Rio de Janeiro.
- Skinner, B. F. (1998). Ciência e comportamento humano. (Traduzido por J. C. Todorov e R. Azzi). São Paulo: Martins Fontes. (trabalho publicado originalmente em 1953).
- Skinner, B. F. (1978). O comportamento verbal. São Paulo: Cultrix.
- Sonuga-Barke, E. J. S.; Lea, S. E. G. & Webley, P. (1989). The development of adaptive choice in a self-control paradigm. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 51(1), 77-85.
- Szobot, C.M., Eizirik, M., Cunha, R. D., Langleben, D. & Rohde, L.A. (2001). Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23 (Supl I), 32-35.
- Vasconcelos, L. A. (2002) Análise comportamental do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: implicações para avaliação e tratamento. Em H. J. Guilhardi (Org.), Sobre comportamento e cognição: Contribuições para construção da teoria do comportamento – Vol. 10 (pp.144-154). Santo André: ESETec

ANEXOS

ANEXO 1

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO DO DSM - IV

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM – IV (1995) PARA SINTOMAS DE DESATENÇÃO:

1. Frequentemente parece não escutar quando lhe falam diretamente.
2. Frequentemente não presta atenção a detalhes e comete erros por descuido nas tarefas escolares, trabalho ou outras atividades.
3. Frequentemente não segue as instruções até o final e não termina tarefas.
4. Frequentemente tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.
5. Frequentemente tem dificuldades em manter a atenção em tarefas lúdicas.
6. Frequentemente evita, desgosta ou é relutante em se engajar em tarefas que exigem esforço mental contínuo mantido (como tarefas escolares e domésticas).
7. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas e atividades.
8. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.
9. Frequentemente é esquecido com atividades diárias.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM – IV (1995) PARA SINTOMAS DE HIPERATIVIDADE:

1. Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se mexe na cadeira.
2. Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
3. Frequentemente corre ou escala em demasia.
4. Frequentemente tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
5. Frequentemente está “à mil” ou “à todo vapor”.
6. Frequentemente fala em demasia.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM – IV (1995) PARA SINTOMAS DE IMPULSIVIDADE:

7. Frequentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas.
8. Frequentemente tem dificuldade para aguardar sua vez.
9. Frequentemente se intromete ou interrompe os outros.

Obs: Sintomas pelo menos 6 meses presentes antes dos sete anos, em grau não correspondente ao nível de desenvolvimento e comprometimento de pelo menos duas áreas.

TDAH Divide-se em 3 subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo / impulsivo e tipo combinado.

ANEXO 2

**(a) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS RESPONSÁVEIS**

**(b) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROFESSORES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

Projeto: Contribuições da Análise do Comportamento na Avaliação e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Srs. Responsáveis,

Estamos realizando uma pesquisa sobre os Efeitos de Procedimentos de Treino no Desempenho de Crianças com Diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. O objetivo desta pesquisa é instalar comportamentos de autocontrole e reduzir comportamentos de hiperatividade. Com isso esperamos encontrar novas formas de avaliar, diagnosticar e tratar crianças portadoras deste transtorno e melhorar sua qualidade de vida. Sua criança participará de um processo psicoterapêutico no qual realizará algumas tarefas, sob minha orientação, em uma sala de atendimento do Hospital Universitário, em dias e horários previamente combinados com os senhores. Inicialmente será feita uma entrevista com os senhores e uma visita à escola na qual será feita uma entrevista com a professora de seu filho. As sessões realizadas no hospital serão filmadas para fins de obtenção de dados mais precisos e melhor andamento da pesquisa. Ao final, as fitas de vídeo ficarão sob a guarda da terapeuta/pesquisadora e de sua orientadora em local seguro e de acesso exclusivo das mesmas. Os resultados obtidos serão apresentados aos senhores ao final da pesquisa e poderão ser divulgados em eventos e artigos científicos. A identificação dos participantes, responsáveis e professores será preservada na forma de nomes fictícios ou pelo uso de iniciais. Os benefícios esperados para seu filho serão aquisição de comportamentos de autocontrole e redução dos comportamentos hiperativos. Os riscos são mínimos e caso não ocorram mudanças de seus comportamentos para melhor, serão feitos encaminhamentos necessários ao participante na busca da melhoria dos comportamentos de seu filho e de sua qualidade de vida.

Os senhores e/ ou seu filho poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, devendo apenas avisar sobre a desistência, continuando a ser atendido no hospital sem qualquer prejuízo.

Assim sendo, solicitamos sua autorização para participação de seu (sua) filho(a) na presente pesquisa. Caso concorde, assine na linha indicada.

Pesquisador Responsável: Edila Adriene Maia Robert

Registro Conselho: CRP 10 / 01154

End: Rua Bernal do Couto, Nº 1252 – Umarizal. Fone: 3224-0117/ 8111-3469

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável pelo Participante

Universidade Federal do Pará

Programa de Pós-Graduação de Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

Projeto: *Contribuições da Análise do Comportamento na Avaliação e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.*

Aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA, sob Protocolo nº 096/2004

Srs. Diretores da Escola X

Estamos realizando uma pesquisa sobre os Efeitos de Procedimentos de Treino no Desempenho de Crianças com Diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. O objetivo desta pesquisa é instalar comportamentos de autocontrole e reduzir comportamentos de hiperatividade. Com isso esperamos encontrar novas formas de avaliar, diagnosticar e tratar crianças portadoras deste transtorno e melhorar sua qualidade de vida. O aluno _____

frequêntando _____ na turma da professora _____, participa de um processo psicoterapêutico no qual realiza algumas tarefas, sob minha orientação, em uma sala de atendimento no Hospital Universitário Bettina Ferro e Souza. Dentre os procedimentos de coleta de informações está prevista a realização de uma entrevista com a professora, que deverá ser gravada em áudio para posterior análise, e a aplicação da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (Versão para professores). Tais procedimentos são importantes para obtermos conhecimento sobre o desempenho em atividades acadêmicas e no relacionamento social do aluno-participante da pesquisa. Os resultados obtidos serão apresentados em eventos e artigos científicos, mas a identificação dos participantes, de seus responsáveis e professores será preservada na forma de nomes fictícios. Os benefícios esperados para a criança-participante será a aquisição de comportamentos de autocontrole e redução dos comportamentos hiperativos. Desse modo, solicitamos autorização para realizarmos a coleta de informações com a professora do aluno citado. Os _____ senhores poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, devendo apenas avisar sobre a desistência.

Pesquisador Responsável: Edila Adriene Maia Robert
Conselho Regional de Psicologia: CRP 10 / 01154
Fone: 3224-0117/ 8111-3469

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, e que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, _____ de _____ de _____

Diretora da Escola

Professor(a)

ANEXO 3

ROTEIROS DE ENTREVISTAS

(a) Roteiro de Entrevista com a Neuropediatra

1. Definição o TDAH.
2. As causas atribuídas ao TDAH.
3. Quanto à avaliação da criança e os exames solicitados para confirmar o diagnóstico.
4. Quanto ao tratamento.
5. Como é realizada a Triagem das crianças atendidas neste Hospital.
6. Estimativa do número de crianças que procuram o atendimento neste hospital e quantas crianças são identificadas com TDAH.
7. Presença de comorbidades durante o diagnóstico de TDAH e as que têm sido mais freqüentes.
8. Como é feito o diagnóstico diferencial para as outras patologias.
9. Os procedimentos que adota quando acompanha o tratamento de crianças com TDAH.
10. Os critérios diagnóstico adotados.
11. Quanto ao uso do DSM-IV.
12. A aceitação da família do diagnóstico e adesão ao tratamento (seguir as orientações).
13. O prognóstico da criança portadora de TDAH.
14. Encaminhamentos das crianças portadoras de TDAH para essa pesquisa.

(b) Roteiro de Entrevista com os Responsáveis

1. Dados de Identificação (criança, pais ou responsáveis).
2. Motivo da Consulta (comportamentos).
3. História da doença atual (início, situações de ocorrência, causas atribuídas, desenvolvimento dos sintomas, tratamentos anteriores, como os pais lidam com os sintomas e repercussões sociais).
4. Histórico de doenças familiares.
5. Sobre gravidez, amamentação e comportamento da criança desde que nasceu.
6. Sobre o desenvolvimento físico, sono e apetite.
7. Sobre desempenho escolar.
8. Sobre família, relações interpessoais e com a comunidade.
9. Sobre os interesse, brinquedos e recreações.
10. Idéias e atitude em relação ao paciente sobre seus problemas.
11. Comportamentos (adaptados e desadaptados).
12. Organização familiar.
13. Relações familiares.
14. Organização do meio físico de sua residência.
15. Escola.
16. Relações sociais (colegas, amigos e parentes).
17. Situação econômica.

(c) Roteiro de Entrevista com Professor

1. Verificar o conhecimento que o professor tem sobre o TDAH.
2. Como lida com crianças com o TDAH.
3. Solicitar descrição do comportamento da criança em sala de aula e no colégio.
4. Quanto à interação da criança na sala de aula, com os seus colegas, com seu professor e corpo técnico da escola.
5. Ação do professor quando o aluno se comporta diferente das regras da escola e da sala de aula.
6. Pedir descrição do professor do comportamento da criança quando não cumpre as tarefas ou não as finaliza.
7. Pedir descrição do professor do comportamento da criança quando tem que esperar.
8. Pedir descrição do professor do comportamento da criança quando está agitado e em que situações isto acontece.
9. Pedir descrição do professor do comportamento da criança quando está fazendo tarefas que requerem concentração e ficar sentado em seu lugar.
10. A melhor conduta que um professor deve ter quando tem uma criança com TDAH como aluno.

(d) Roteiro de Entrevista de Follow-up com os pais

1. Esclarecer dúvidas sobre informações obtidas pelos pais, professores e participante.
2. Comportamento atual do participante de acordo com a visão dos pais.
3. Comportamentos dos pais.
4. O que mudou (permaneceu, reduziu, extinguiu e aumentou) nos comportamentos do participante e no dos pais?
5. Presença de recaídas.
6. Relações familiares (pai, mãe, irmãos e outros parentes).
7. Relações de amizade/ colegas.
8. Desempenho escolar.
9. Aula de reforço.
10. Relações no colégio (colegas, professora e corpo técnico).
11. Comportamentos de mentiras e omissões.
12. Tolerância a frustração – comportamento do participante quando joga em casa.
13. Saúde (problema de ouvido, dificuldade de audição).
14. Sono, vigília e apetite.
15. Dia típico.
16. Verificar se está fazendo Esporte.
17. Verificar sobre amigo invisível.
18. Verificar como os pais estão estabelecendo as regras e os limites.

ANEXO 4

**(a) LISTA DE VERIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES – CBCL**

**(b) ESCALA DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH), VERSÃO PARA PROFESSORES**

TDAH — Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Edyleine Bellini Peroni Benczik

Versão para professores

Nome da professora: _____

Nome da criança: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Série: _____

Escola: _____

Estadual

Municipal

Particular

Outras

A criança é repetente? sim não

Se sim, quantas vezes? Qual (is) série (s)? _____

Assinale a observação que mais se adequa a esta criança:

É agitada

Apresenta dificuldades de atenção/concentração

Apresenta dificuldades para aprender

Apresenta todas as queixas anteriores

Não apresenta nenhuma das anteriores

Instruções

Abaixo estão relacionados termos descritivos de comportamentos de seus alunos. Leia cada item cuidadosamente e compare o comportamento desta criança com outras crianças da classe, de acordo com a escala abaixo:

Assinale com um "X" , a opção que mais se adequar à sua opinião:

DT Discordo Totalmente

D Discordo

DP Discordo Parcialmente

CP Concordo Parcialmente

C Concordo

CT Concordo Totalmente

TDAAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – versão para professores

DÉFICIT DE ATENÇÃO

1. É organizado em suas lições de classe	DT	D	DP	CP	C	CT
2. Dá respostas claras e coerentes ao professor	DT	D	DP	CP	C	CT
3. Segue o ritmo da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
4. É atento nas lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
5. É responsável com o seu material escolar	DT	D	DP	CP	C	CT
6. Sabe trabalhar independentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
7. É metuculoso nas atividades (detalhista)	DT	D	DP	CP	C	CT
8. Fica atento durante às explicações do professor	DT	D	DP	CP	C	CT
9. É atento com as lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
10. Consegue prestar atenção à uma mesma coisa durante muito tempo	DT	D	DP	CP	C	CT
11. Perde e esquece objetos (livros, lápis, borracha,etc.)	DT	D	DP	CP	C	CT
12. Distrai-se facilmente por barulhos em sala da aula	DT	D	DP	CP	C	CT
13. Nunca termina o que começa	DT	D	DP	CP	C	CT
14. Passa de uma atividade incompleta para outra	DT	D	DP	CP	C	CT
15. Tem dificuldade para concentrar-se	DT	D	DP	CP	C	CT
16. Esquece muito rápido o que acabou de ser dito	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 1-16 _____

HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

17. Mexe-se e contorce-se na cadeira	DT	D	DP	CP	C	CT
18. Age sem pensar (é impulsivo)	DT	D	DP	CP	C	CT
19. Parece estar sempre "a todo vapor" ou "ligado como um motor"	DT	D	DP	CP	C	CT
20. Mexe mãos e pés constantemente (é inquieto)	DT	D	DP	CP	C	CT
21. Levanta-se freqüentemente da carteira	DT	D	DP	CP	C	CT
22. Atrapalha o professor com barulhos diferentes	DT	D	DP	CP	C	CT
23. Age imprudentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
24. Tem sempre muita pressa	DT	D	DP	CP	C	CT
25. Muda muito de lugar e de postura	DT	D	DP	CP	C	CT
26. Fala pouco	DT	D	DP	CP	C	CT
27. É paciente (sabe aguardar a sua vez)	DT	D	DP	CP	C	CT
28. Parece ser uma criança tranqüila e sossegada	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 17-28 _____

TDAAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – versão para professores

PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

29. Não rende de acordo com o esperado em Português	DT	D	DP	CP	C	CT
30. Tem dificuldade para entender problemas de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
31. Tem dificuldade para expressar verbalmente seus pensamentos	DT	D	DP	CP	C	CT
32. Seu raciocínio lógico é lento	DT	D	DP	CP	C	CT
33. Troca letras ao escrever	DT	D	DP	CP	C	CT
34. Sua caligrafia é desleixada	DT	D	DP	CP	C	CT
35. Gosta de fazer exercícios de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
36. Escreve sem erros	DT	D	DP	CP	C	CT
37. Lê perfeitamente	DT	D	DP	CP	C	CT
38. É rápido para fazer cálculos	DT	D	DP	CP	C	CT
39. Compreende textos corretamente	DT	D	DP	CP	C	CT
40. Domina soma, subtração, multiplicação e divisão	DT	D	DP	CP	C	CT
41. Segue normas e regras da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
42. Fala com perfeição	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 29-42 _____

COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL

43. Os colegas da classe o evitam	DT	D	DP	CP	C	CT
44. Irrita outras crianças com suas palhaçadas	DT	D	DP	CP	C	CT
45. É briguento	DT	D	DP	CP	C	CT
46. Causa confusão em sala de aula	DT	D	DP	CP	C	CT
47. É bem aceito pelos colegas da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
48. Sabe respeitar professores	DT	D	DP	CP	C	CT
49. Possui muitos amigos	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 43-49 _____



© 2000, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.®

É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade
Todos os direitos reservados à

Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.®
Rua Mourato Coelho, 1059 – Vila Madalena
Cep 05417-011 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3034-3600
e-mail: casadopsicologo@casadopsicologo.com.br
<http://www.casadopsicologo.com.br>

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

ANEXO 5
FICHA DE MONITORAMENTO

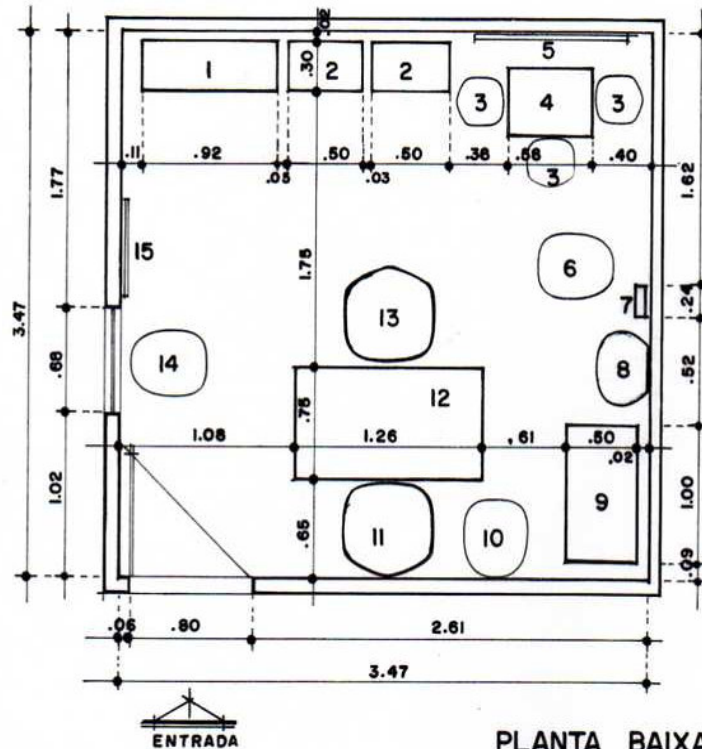
Ficha de Monitoramento do Comportamento do seu Filho

Como foi combinado, os responsáveis pela criança que está participando desta pesquisa, deverão observar o comportamento da mesma e preencher esta ficha. Vocês deverão colocar a data do registro na parte superior de cada ficha. Depois preencham o horário em que ocorreram os comportamentos de autocontrole e de hiperatividade e as situações nas quais ocorreram. Serão considerados comportamentos de Autocontrole: ficar sentado quando a atividade solicitada necessitar, manter-se no local em que esteja realizando atividade solicitada, cooperar (atender pedidos, colaborar quando solicitado) com as pessoas de casa e adotar comportamentos verbais e motores de acordo com as atividades que estejam sendo executadas. Serão considerados como comportamentos de Hiperativos: ficar irrequieto, mexendo-se e levantando-se, ficar andando, mexer sem parar nos objetos e brinquedos, mudar para outras atividades sem terminar a atividade anterior (ver Tv, jogar, desenhar, pintar, estudar, brincar com amigos e etc), ter dificuldade de cooperar e adotar comportamentos verbais e motores incompatíveis com a atividade que esteja sendo executada. Preenchendo na direção do horário o que está sendo solicitado em cada coluna. **Por exemplo:** na coluna horário, você coloca 10:00 horas, pois foi a hora que você viu seu filho se comportando de forma hiperativa. Você continua anotando o comportamento que seria de hiperatividade, qual a situação (onde, quem estava presente e como), o que tinha ocorrido antes e o que ocorreu depois. A coluna onde está a palavra *Alternativa*, deixe em branco que quando nós nos encontrarmos a preencheremos juntos.

Nome:					
Data:					
Hora	Comportamento	Situação	O que ocorreu antes?	O que ocorreu depois?	Alternativa

ANEXO 6
PLANTA BAIXA DA SALA DE ATENDIMENTO

SALA DE ATENDIMENTO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



LEGENDA

- 1 - ARMÁRIO ABERTO PARA BRINQUEDOS
- 2 - ARMÁRIO FECHADO
- 3 - CADEIRA PARA CRIANÇA
- 4 - MESA PARA CRIANÇA
- 5 - QUADRO DE GIZ
- 6 - CADEIRA AUXILIAR
- 7 - TOALHEIRO
- 8 - LAVATÓRIO
- 9 - ARMÁRIO FECHADO (Onde se localizava a filmadora)
- 10 - CADEIRA - Localização do gravador
- 11 - CADEIRA DA TERAPEUTA PESQUISADORA
- 12 - MESA
- 13 - CADEIRA DO PARTICIPANTE
- 14 - CADEIRA COM MATERIAIS DAS TAREFAS (Desenho, Pinturas e Jogos) DISPONÍVEIS
- 15 - ESPELHO

ANEXO 7
JOGOS

JOGOS

1. Basquete Espacial

Como jogar!

Cada jogador tem direito a um lançador e quatro bolinhas da mesma cor (sondas espaciais). A distância dos lançadores fica a critério dos jogadores.

A brincadeira consiste em arremessar as bolinhas e acertá-las nas cestas. Cada cesta corresponde a um número diferente de pontos que devem ser somados ao final dos lançamentos. O vencedor será aquele que somar o maior número de pontos.

2. Cai Não Cai

Contém: 1 tubo plástico, 1 base plástica com 4 divisões numeradas, 1 caixa com bolinhas e 30 varetas plásticas.

Prepare o jogo:

1. Coloque o tubo plástico na base, como mostram as figurinhas 1 e 2.
2. Depois, encaixe todas as varetas nos furinhos, atravessando o tubo. (Figura 3).
3. Agora, coloque as bolinhas pela abertura de cima do tubo. (Figura 4).
4. Escolha uma das quatro divisões numeradas da base. Cada jogador escolhe uma divisão.
5. O jogador mais novo começa o jogo, depois é a vez do jogador á esquerda.

Oba! Vai começar o jogo!

6. Gire o tubo até que a portinha na parte de baixo fique virada para que divisão que você escolheu. Tome muito cuidado para as bolinhas não se mexerem.
7. Escolha uma vareta qualquer e puxe-a para fora do tubo, com cuidado. Mas, atenção: se você encostar em outra vareta, aí é essa que você vai ter que tirar do tubo. Tome cuidado para não deixar cair nenhuma bolinha, a bolinha que cai é menos chance de você ganhar a partida.

Vá deixando as bolinhas que caírem na sua divisão para contar no fim do jogo.

Dica: Pra não deixar cair nenhuma bolinha, vale até segurar o tubo com uma das mãos. Depois de tirar a vareta, deixe-a fora do jogo.

8. Agora, é a vez do próximo jogador girar o tubo até a portinha ficar em frente da divisão que ele escolheu. Ele deve fazer o mesmo que o jogador anterior fez.
9. Fim do jogo!

A disputa termina quando todas as bolinhas tiverem caído, mesmo que ainda tenha alguma vareta no tubo. Ganha o jogo quem tiver o menor número de bolinhas no final da partida

3. Cara Maluca

Participantes: 1 ou mais.

Idade: a partir de 5 anos

Componentes: 01 base, 01 cabeça, 25 peças plásticas, 25 peças adesivas e 09 cartas *Cara Maluca*

Regras

Objetivo do Jogo: Montar uma Cara Maluca, no menor período de tempo possível, ou antes que todas as peças sejam derrubadas.

Preparação do Jogo:

Destaque e cole as etiquetas adesivas nas peças plásticas correspondentes, e deixe-as sobre a mesa.

Encaixe a cabeça na base, pressione a trava e gire o botão marcador de tempo no sentido indicado.

Para iniciar a brincadeira, empurre a cabeça para trás até encontrar resistência. Embaralhe as cartas e sorteie uma para montar.

Atenção: Existem três tipos de cartas, sendo três tipos de cartas, sendo três fáceis (verdes), três intermediárias (vermelhas) e três difíceis de montar (azuis).

O Jogo:

Levante a trava e comece imediatamente a procurar as peças para montar sua Cara Maluca. Não perca tempo, pois as peças são parecidas e você pode se confundir. Assim que terminar de montar sua Cara Maluca, pressione a trava rapidamente para interromper a contagem do marcador de tempo. Se ele chegar ao final do curso, a cabeça pulará para frente, jogando todas as peças em sua direção!

Neste caso, você não marcará pontos.

Vencedor:

Vence o jogador que montar sua Cara Maluca antes do término do tempo do marcador, ou aquele que conseguir montá-la mais rápido.

Opções de Jogo:

Para jogadores mais experientes:

Tentar montar uma Cara Maluca no menor tempo possível batendo seu próprio recorde.

Para crianças pequenas:

Montar em primeiro lugar uma Cara Maluca correspondente a uma carta verde, em seguida vermelha, e somente depois uma azul, aumentando assim de forma gradativa a dificuldade da

brincadeira.

4. Cara a Cara

Para 2 jogadores a partir de 6 anos

Contém: 48 molduras de plástico, 48 cartas ilustrativas, 2 tabuleiros, 24 cartas amarelas e pinos para contagem de pontos.

Preparem o jogo:

1. Destaque as cartas com as caras e coloque cada uma dentro de uma das molduras, deslizando; Encaixe cada cara numa moldura.
2. Agora, vá colocando as molduras com cartas azuis em qualquer posição no tabuleiro azul, encaixando a dobradiça de cada moldura nos pinos do tabuleiro, conforme mostra a figura 2. A moldura deve levantar e abaixar livremente. Depois, faça o mesmo com as molduras com cartas roxas no tabuleiro vermelho.
3. Ai, cada jogador escolhe um dos tabuleiros e coloca-o como lado da fenda virado para si. Para começar o jogo, levante todas as molduras.

Jogo vai começar - Preste muita atenção nas caras e observe as diferenças entre elas.

1. Embaralhe as cartas amarelas e escolha uma. Pegue a carta e coloque na fenda do seu tabuleiro. Mas cuidado! Não deixe seu adversário ver, pois esta é a cara que ele terá que adivinhar. Seu adversário deve fazer o mesmo.
2. Decida quem vai começar o jogo. Cada jogador deve fazer perguntas para ir descobrindo as características da cara que tem que adivinhar.

Importante: cada jogador só pode fazer UMA PERGUNTA de cada vez.

Dica: na hora de responder, evite falar demais! Diga apenas sim ou não.

3. Conforme a resposta que seu adversário der, vá descartando as caras que não tem a característica que você perguntou. Pergunte por exemplo: *Tem olhos azuis?* Se a resposta for não, abaixe todas as molduras com caras que tiverem essa cor de olhos. Se a resposta for sim, abaixe todas as caras que não tenham olhos azuis. E assim por diante.

Atenção: Você pode pergunta se a cara é de homem ou de mulher. Mas esta não pode ser a primeira pergunta.

Características Diferentes de Cada Cara: cabelos, cor da pele, narizes, chapéus e óculos, barba e bigode e cores (da pele, da bochecha, do cabelo e dos olhos).

Lembre-se: não faça a mesma pergunta 2 vezes.

Deduzindo: Se você acha que já sabe qual é a cara do seu adversário, pode dizer a qualquer momento. Mas, cuidado! Se você errar perderá a partida!

Vence a partida: o jogador que adivinhar primeiro a cara do adversário vence a primeira partida e coloca um pino num furinho do tabuleiro para marcar seu ponto.

Recomeçar: embaralhe as cartas amarelas novamente e comece a segunda partida. Cada jogador que vence uma partida coloca um pino no furinho do seu tabuleiro, Depois de 5 partidas, o jogo termina.

Vence o Jogo: o campeão será que tiver vencido a maioria das 5 partidas.

Disputa avançada: quando você ficar craque na dedução, tente adivinhar 2 caras ao mesmo tempo. O adversário responderá apenas sim se uma das caras ou as duas tiverem a característica sem especificar de qual das duas cara. Responderá não se não tiverem a característica perguntada.

Dica: você só pode baixar as caras de seu tabuleiro quando a resposta de seu adversário for não pois já se refere que nenhuma das caras tem as características.

5. Cilada

Você escolhe um quebra-cabeça!

Ao todo são 50 quebra-cabeças diferentes: você encontra a relação nos lados de baixo e de dentro do estojo.

Escolha um deles, veja as letras marcadas no verso. Estas são as peças que você vai precisar para montar o quebra-cabeça escolhido.

Agora, está tudo pronto para começar: coloque seu raciocínio para funcionar e vá encaixando as peças sobre as formas correspondentes no tabuleiro, em qualquer ordem. Para vencer Cilada, você tem que encaixar todas as peças do quebra-cabeça que você escolheu.

6.Dama

Do Início

As pedras são colocadas, no início da partida, nas casas escuras, nas primeiras travessas do lado de cada jogador (Diagramas A e B). O tabuleiro coloca-se de forma que a casa escura do canto do tabuleiro fique à esquerda do jogador. O primeiro lance é sempre das brancas

Do Movimento

A pedra anda só para frente, em diagonal, uma casa de cada vez. A dama desloca-se para frente e para trás, nas diagonais onde estiver colocada, quantas casas quiser.

Da Tomada

A tomada é obrigatória.

A pedra tanto toma para frente quanto para trás.

A tomada denomina-se simples se toma apenas uma peça e em cadeia se captura mais de uma peça no mesmo lance. Se no mesmo lance existir mais de uma forma de tomar, é obrigatório obedecer à "Lei da Maioria", ou seja, fazer o lance que tome o maior número de peças (Diagrama C).

Numa tomada em cadeia, a peça pode passar mais de uma vez pela mesma casa vazia (Diagrama D).

Numa tomada em cadeia, é proibido tomar a mesma peça mais de uma vez (Diagrama E).

As peças tomadas só serão retiradas do tabuleiro após terminado o lance da tomada (Diagrama E).

A pedra e a dama têm o mesmo valor para tomar ou ser tomada (Diagrama F).

Da Coroação

A pedra que chegar à última travessa será coroada dama. A coroação é assinalada colocando-se sobre a pedra coroada outra pedra da mesma cor. Não será coroada a pedra que, numa tomada, apenas passe pela travessa de coroação.

Da Vitória

Ganha a partida o jogador que capturar todas as peças adversárias ou as deixar sem movimento possível.

A partida é considerada ganha quando o adversário abandona ou se recusa a cumprir o regulamento.

Do Empate

O jogador interessado pode exigir o empate se tiverem sido jogados 20 lances sucessivos só de damas sem que haja tomada ou movimento de pedra.

Quando a mesma posição se apresente pela terceira vez com o mesmo jogador com o lance, o jogador interessado pode exigir o empate.

7. Dominó – Animais Marinhos

Como jogar!

Embaralhe as peças para baixo. Cada jogador deverá escolher 5 peças. Iniciará o fogo quem apresentar o desenho de duas tartarugas marinhas, colocando-a na mesa. Caso isso não ocorra, será a vez daquele que sair com dois tubarões, dois peixes espadas, dois peixes vermelhos, dois peixes amarelos, duas lulas ou duas baleias rosas. O próximo jogador será aquele que estiver à esquerda de quem iniciou a partida. Se ele tiver a peça com o desenho igual ao que está sobre a mesa, deverá colocá-la sobre a mesa também, unindo as figuras iguais, se não tiver, poderá usar as peças que sobraram até encontrar o desenho correto. Caso ele não tenha a peça com o desenho correto, passará a vez para o próximo jogador. O vencedor será aquele que primeiro encaixar todas as peças na corrente de figuras.

8. Dominó tradicional.

Como disse, as regras do dominó podem variar de região para região. No Brasil, o mais comum é o jogo com dois adversários ou duas duplas.

Cada jogador recebe 7 peças, que mantém escondida dos olhos do adversário.

Inicia o jogo quem tiver o duplo-6 (peça com o número 6 nas suas duas metades), também conhecida como "carroça" ou "carroção". Caso esta peça não tenha sido entregue a nenhum jogador, iniciará aquele que tiver a peça dupla maior.

A partir de quem iniciou, cada jogador, em ordem horária, colocará uma peça que se encaixe em uma das "pontas" da cadeia que vai se formando com as peças que vão sendo colocadas. Se alguém não tiver peça a colocar, vai ao "monte" e "compra" até conseguir uma peça que sirva. Caso não exista tal peça, o jogador "passa" sua vez ao jogador seguinte. Vence quem se livrar de todas as suas peças. No caso do jogo ficar "travado", isto é, não houver possibilidade de se colocar peças, contam-se os pontos nas mãos de cada jogador. Vence aquele que tiver menor número de pontos na mão.

Quando se joga por pontos, normalmente usa-se a seguinte tabela:

Batida Simples	1 ponto	Bater com a pedra que contenha um número em qualquer uma das extremidades
Batida Carroção	2 pontos	Bater o jogo com uma Carroça (pedra com o mesmo número nas duas metades)
Batida Lá e Lô	3 pontos	Bater o jogo com uma pedra que contenha os mesmos números das extremidades das pedras da mesa
Batida Cruzada	4 pontos	Bater o jogo com uma Carroça que contenha os mesmos números das extremidades das pedras da mesa

* Se nenhum jogador bater, a vitória será dada ao jogador que tiver nas mãos a menor quantidade de pontos na soma total das suas pedras. Essa vitória vale um único ponto.

9. Lince

Participantes: 2 a 6

Idade: a partir de 6 anos

Componentes: 01 tabuleiro, 01 saco plástico, 18 fichas e 130 cartelas ilustradas

Jogo para Iniciantes

Preparação

A primeira coisa a fazer é eleger o líder da rodada. Ele deve colocar todas as cartelas dentro do saco plástico e distribuir 3 fichas plásticas, da mesma cor, para cada participante. Nesta rodada o líder não joga.

Jogo

O líder mistura bem as cartelas e sorteia 3 para cada jogador. (Nenhum jogador pode olhar o conteúdo das cartelas antes do início do jogo). Em seguida, dá o sinal, dizendo a palavra *Já*. Imediatamente, todos olham suas cartelas e tentam localizar as figuras no tabuleiro.

Cada vez que encontrar uma figura, o jogador coloca uma ficha plástica no lugar correspondente. O primeiro que colocar suas 3 fichas grita: *Pronto!*

Nesse momento, todos os outros param de jogar. Todos os jogadores, inclusive o que gritou pronto, ficam com as cartelas cuja as figuras localizaram no tabuleiro, devolvendo as restantes ao líder do jogo, que torna a colocá-las no saco plástico.

Inicia-se uma nova rodada, agora com um novo líder. O jogo prossegue desta maneira até que alguém consiga ficar com 25 cartelas.

Vencedor

Vence o jogo quem primeiro consegue as 25 cartelas.

Jogo para Linces.

Preparação

Um dos participantes é eleito líder da rodada. Ele coloca todas as cartelas dentro do saco plástico e distribui uma ficha plástica, de cor diferente, para cada jogador. Todos mantêm as mãos na mesma posição: sobre a mesa ou sobre os joelhos.

Jogo

O líder sorteia uma cartela e a mostra aos jogadores, durante um certo tempo (10 ou 15 segundos), dependendo da idade dos participantes.

Aquele que localizar primeiro a figura – e colocar rapidamente a ficha plástica no lugar correspondente do tabuleiro – ganha a cartela.

OBS: O líder também pode tornar o jogo mais difícil, mostrando as figuras de cabeça para baixo, girando o tabuleiro antes de mostrá-las, ou, ainda, deixando os jogadores de costas para o tabuleiro antes de apresentar cada uma das cartelas.

Vencedor

Vence o jogo quem primeiro conseguir juntar 25 cartelas.

10. Memória 1 e 2

Observação: a diferença entre um jogo de memória e outro encontra-se na quantidade de peças.

O jogo vai começar!

Misture todos os cartões com os desenhos voltados para baixo e espalhe-os sobre a mesa. Escolha quem será o primeiro, o segundo e assim por diante. Retire um cartão e, em seguida, retire outro, tentando, assim, descobrir o seu par. Se formar o par, guarde-os com você. Se não, coloque-os de volta exatamente no mesmo lugar. O próximo jogador fará o mesmo. Quem tiver o par joga de novo, até errar. O vencedor será aquele que conseguiu encontrar o maior número de pares de figuras.

11. Pokémon – Poke-tapa

Preparação do Jogo

Espalhe as fichas redondas sobre uma superfície plana com os personagens do Pokémon virados para cima, e dê a cada participante uma poke-mãozinha. As fichas quadradas ficam num monte, viradas para baixo. Decida quem vai começar a partida.

Oba! Vai começar o jogo!

O primeiro jogador pega a ficha de cima do monte e vira, mostrando a todos os jogadores. Ele deve então rapidamente procurar a ficha que combina com aquela e tratar de pagá-la no tapa, isto é, batendo com a poke-mãozinha sobre a ficha para colar na ventosa, antes que o outro jogador o faça.

Se conseguir pegar a ficha, o jogador guarda a ficha, continua a tirar d3e cima do monte e tenta pegar a ficha antes dos outros jogadores. Se outro jogador pegar a ficha primeiro será ele que irá virar a ficha do monte.

O jogo termina quando todas as fichas forem pegas pelos jogadores.

Quem vence o jogo

Quem conseguir pegar mais fichas redondas no tapa vence o jogo!

12. Pula Macaco

Você pode jogar de duas formas!

Pula Macaco – Rápido

Combine se os macaquinhos podem ficar pendurados só pelos braços ou de qualquer jeito. Aí cada jogador escolhe um “lança-macaco” e pega os macaquinhos da mesma cor. Depois, todos se colocam em volta da árvore e começam a atirar ao mesmo tempo. Para cada macaco que pendurar, o jogador ganha uma banana. E quem tiver macaco derrubado, devolve uma banana e tenta pendura-lo de novo. Vence o Pula Macaco – Rápido quem juntar 4 bananas primeiro.

Pula Macaco – Melhor Arremesso

Antes de cada rodada separe um macaco de cada cor e coloque na mesa. Aí, cada jogador fecha os olhos e sorteia um deles. Depois pega o “lança-macaco” da mesma cor e 4 bananas. Antes de arremessar, cada jogador coloca uma banana na mesa. Quem pendurar seu macaquinho na parte mais alta da árvore faz o melhor arremesso, vencendo quem estiver abaixo, e leva todas as bananas da mesa!

ATENÇÃO

- Só vale macaco pendurado pelos braços.
- Se dois macaquinhos estiverem pendurados na mesma altura, o desempate é feito pelas cores:

1º - vermelho

2º - azul

3º - verde

4º - amarelo

- Por isso é que existe o sorteio dos macacos, antes de cada rodada.
- O vencedor do Pula Macaco – Melhor Arremesso é:

Para 2 participantes – quem juntar primeiro 7 bananas.

Para 3 participantes – quem juntar primeiro 9 bananas.

Para 4 participantes – quem juntar primeiro 11 bananas.

ANEXO 8

TABELA COM A SÍNTESE DO PROCEDIMENTO

Ordem	Etapas	Objetivos	Materiais Instrumentos
1	Entrevista com Neuropediatra	<ul style="list-style-type: none"> - Obter esclarecimentos a respeito dos critérios diagnósticos que tem sido adotados. - Apresentação do projeto para esclarecer os objetivos e obter permissão para realizá-lo em parceria com a neuropediatria. - Estabelecer acordo quanto os critérios de encaminhamento dos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravador e Fitas k-7 - Gravação em áudio - Roteiro de entrevista (Anexo 3a). - Cópia do projeto de pesquisa.
2	Análise de Prontuários, Convocação e obtenção de Consentimento	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar dados de identificação de prováveis participantes para estabelecer contatos com os pais ou responsáveis. - Confirmar a presença dos critérios de encaminhamento acordados anteriormente com a neuropediatria. - Contato com responsáveis por meio de telefonema ou visita domiciliar. - Esclarecer os objetivos do projeto e os critérios estabelecidos para participação. 	
3	Avaliação Inicial com Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido e estabelecer o acordo de participação. - Entrevista semi-estruturada com os pais e/ ou responsáveis. - Aplicação de Escala CBCL. - Levantamento de reforçadores para o participante segundo indicação dos responsáveis. - Instrução aos responsáveis quanto o preenchimento de registros de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2a). - Roteiro de entrevista (Anexo 3b). - Escala CBCL (Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (Anexo 4b). - Ficha de monitoramento (Anexo 5).
4	Visita a escola e Entrevista com professor.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o comportamento da criança em ambiente escolar - Aplicar a Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) versão para professores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravação em áudio (gravador e fita cassete) - Roteiro de Entrevista com o professor (Anexo 3c).

- Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) versão para professores (Anexo 4b).

Ordem	Etapas	Objetivos	Materiais Instrumentos
5 Fase 1	Linha de base – avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento do <i>rappart</i>. - Apresentar o ambiente ao participante. - Esclarecer o motivo de sua participação e suas possíveis dúvidas. - Descrever as regras do atendimento psicoterápico (quanto ao uso da sala, dos objetos e dos horários). - Levantar reforçadores preferenciais do participante. - Obter a linha de base. - Receber a Ficha de Monitoramento (Anexo 5). 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravação com câmera de vídeo e fitas VHS. - Gravação em áudio. Sessão 1: desenho e pintura; dominó 1; massa de modelar; memória 1 e 2; Monta tudo; Poketapa; Pula Macaco (Anexo 7). Sessão 2: desenho e pintura; brinquedo de montar; dama; dominó 1 e 2; massa de modelar; memória 1 e 2; poketapa; pula macaco (Anexo 7).
5 Fase 2	Habituação às regras	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção do <i>rappart</i>. - Reiterar o motivo de sua participação. - Esclarecer as suas possíveis dúvidas e as regras do atendimento psicoterápico. - Introduzir a possibilidade de escolha da ordem de início dos jogos e disponibilizar instruções sobre as regras a serem seguidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravação com câmera de vídeo e fitas VHS - Gravação em áudio. - Brinquedos: cai-não-cai; dominó 1 e 2; e memória 1 e 2. (Anexo 7). - Cartões e Reforçadores.
5 Fase 3	Instalação de comportamentos de autocontrole	<ul style="list-style-type: none"> - Expor o participante ao procedimento DRO 3 minutos com disponibilidade limitada (<i>limited hold -lh</i>) de 10 segundos para reforçar o comportamento, devendo permanecer com a mesma 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravação em Fita k-7 com apito e com a instrução: <i>Veja o que você está fazendo agora</i>

(DRO 3' 1h 10" 10")

- resposta por 10 segundos.
- Expor cada participante a dificuldades progressivas das tarefas dos jogos.
- Expor cada participante a esquema de atraso de reforço, com reforçadores de maior e menor valor.

- Gravação com Câmera de vídeo e fitas VHS.
- Gravação em áudio.
- Brinquedos que ficarão disponíveis: basquete espacial; dominó 1 e 2; lince; memória 1 e 2 (Anexo 7).
- Cartões e Reforçadores.

Ordem	Etapas	Objetivos	Materiais Instrumentos
5 4	Manutenção de comportamentos de autocontrole (DRO 6' 1h 5" 15")	- Expor o participante ao procedimento DRO 6 minutos com disponibilidade limitada (<i>limited hold -lh</i>) de 5 segundos para reforçar o comportamento, devendo permanecer com a mesma resposta por 15 segundos.	- Gravação em Fita k-7 com apito e a instrução: <i>Veja o que você está fazendo agora</i> - Gravação com câmera de vídeo e fitas VHS. - Gravação em áudio. - Brinquedos que ficarão disponíveis: cai-não-cai; lince e pula macaco (Anexo 7). - Cartões e Reforçadores.
5 5	Fading-out Passo 1	- O valor de DRO deverá ser alterado para 9 minutos, se reduzirá à disponibilidade limitada para <i>lh</i> 3 segundos e deverá aumentar o tempo em que o participante manterá a resposta adequada para 20 segundos.	- Gravação em Fita k-7 com apito e a instrução: <i>Veja o que você está fazendo agora</i> - Gravação em câmera de vídeo e fitas VHS. - Gravação em áudio. - Brinquedos : cara-a-cara; cai-não-cai; lince; e pula macaco (Anexo 7). - Cartões e Reforçadores

(brinquedos).

5 Fase 5	Fading-out Passo 2	- Ao atingir os critérios adotados para mudança de fase, se manterá o DRO 9 minutos, o <i>lh</i> será mudado para 0 segundo e o participante deverá permanecer com o comportamento adequado por 20 segundos.	- Gravação com a instrução: <i>Veja o que você está fazendo agora</i> - Gravação em câmera de vídeo e fitas VHS. - Gravação em áudio. - Brinquedos : Basquete espacial; cara-a-cara; oi-não-oi; e Lince (Anexo 7).
5 Fase 5	Fading-out Passo 3	- Ao atingir os critérios adotados para mudança de fase, se manterá o DRO 9 minutos, o <i>lh</i> será mudado para 0 segundo e o participante deverá permanecer com o comportamento adequado por 20 segundos.	- Gravação com câmera de vídeo e fitas VHS. - Gravação em áudio. - Brinquedos: cara a cara; poketapa; e pula macaco (Anexo 7).
5 Fase 6	Avaliação da estabilidade de comportamentos	- Verificar a manutenção dos comportamentos de autocontrole e da redução dos comportamentos de hiperatividade com presença de alterações no procedimento como: redução das instruções, retirada do sinal de aviso do aparecimento da gravação, ausência da gravação, ausência do gravador, ausência	Sessão 1: cara-a-cara; cara mduca; lince; e montar (Anexo 7). Sessão 2: cara-a-cara; cara; mduca; dilada; dama; dominó 2;

de autocontrole	de pontuação, cartões e reforçadores arbitrários, mantendo-se os reforçadores verbais.	lince; montar; pula macaco (Anexo 7). Sessão 3: cara-a-cara; cara mluca; dilada; dama; dominó 2; : montar , lince; pula macaco (Anexo 7).	
6	<i>Follow-up</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas com os pais: verificar se houve mudança, quais as que ocorreram e quais se mantiveram no comportamento do participante, suas relações familiares, escola e amizade e também comportamentos dos pais em relação ao participante. - Entregar Ficha de Monitoramento (Anexo 3d). - Recolher Fichas de Monitoração (Anexo 3d). 	<ul style="list-style-type: none"> - O <i>follow-up</i> ocorrerá uma vez, um mês após o encerramento dos atendimentos. -Ficha de Monitoramento (Anexo 5) a serem entregues no primeiro contato do Follow-up e serem recolhidas após uma semana. - Roteiro de entrevista com os responsáveis (Anexo 3d).
7	Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com os responsáveis pelo participante. - Apresentar os resultados da pesquisa - Verificar comportamento TP, avaliar a manutenção ou encerramento do atendimento e realizar encaminhamentos necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos resultados.

ANEXO 9

Documento de Aprovação do Projeto emitido pelo Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLO DE MEDICINA TROPICAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. **Protocolo:** N°096/2004-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.
3. **Pesquisador Responsável:** Edila Adriene Maia Robert.
4. **Instituição / Unidade:** CFCH/UFPA.
5. **Data de Entrada:** 07/10/2004.
6. **Data do Parecer:** 04/11/2004.

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela durante a reunião realizada no dia 04/11/2004. Considerando que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS, manifestou-se pela aprovação do parecer do relator.

Parecer: **APROVADO**

Belém, 04 de novembro de 2004.

Profª Mª da Conceição Nascimento Pinheiro
Coordenadora do CEP-NMT/UFPA.