

Perspectivas recentes no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Eduardo Chaves Cruz*
Rosângela Bertelli**
José João Pinhanços Bianchi***

Resumo

Três intervenções de curto prazo têm sido validadas no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a intervenção psicoterapêutica (comportamental), a intervenção psicofarmacológica e a combinação entre ambas. O presente artigo revê questões clínicas envolvidas no uso dessas intervenções, as suas limitações e as evidências da sua eficácia. A perspectiva psicoterapêutica (comportamental), na forma de Treino Comportamental para Pais (TCP) e na Gestão de Contingências do Comportamento (GCC) em sala de aula, mostra-se particularmente eficaz.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Intervenção psicoterapêutica (comportamental). Intervenção psicofarmacológica.

Current perspectives on the treatment of ADHD

Abstract

Three short-term interventions have been corroborated for the treatment of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder): psychotherapeutic (behavioural), psychopharmacological, and the combining of both interventions. This article reviews clinical questions, limitations and efficacy of these interventions. Behavioural interventions in the form of Parental Behavioural Training and the Management of Behavioural Contingencies in the Classroom seem to be particularly efficacious.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychotherapeutic (behavioural) intervention. Psychopharmacological intervention.

* Professor do Departamento de Educação e Psicologia, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal.

** Professora do Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal.

*** Professor Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal.

A hiperatividade é um padrão persistente de funcionamento caracterizado pela falta de atenção, excesso de atividade e impulsividade (BARKLEY, 1997). As crianças hiperativas apresentam, habitualmente, um conjunto de outros problemas, incluindo problemas escolares (SEMRUD-CLICKEMAN et al., 1992), comportamento delinquente, agressivo (KLEIN; MANNUZZA, 1991), errático e imprevisível (MASH e JOHNSON, 1990; HINSHAW et al., 1997). Inicialmente considerada uma perturbação associada à Disfunção Cerebral Mínima, posteriormente enfocando os seus aspectos psicológicos, a hiperatividade é, hoje, considerada um Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1980).

Em 1902, George Still descreveu os sintomas do TDAH, citou vários estudos publicados no período 1880-1885 sobre as modificações no comportamento moral associadas à escarlatina, discutiu os chamados “defeitos no controle moral” e hipotetizou relações entre o controle moral e a inteligência geral. Still demonstrou ainda que as crianças, com ou sem doenças físicas, poderiam apresentar déficits significativos no auto-controle e poderiam ser normais ou mesmo brilhantes em termos de inteligência geral. A caracterização apresentada por Still assemelha-se às descrições modernas da criança hiperativa. A discrepância entre o meio familiar normal da criança e a sua falta de auto-controle, a sua fraca capacidade de atenção, a tendência para mentir e roubar, a sensibilidade reduzida à punição, a excessiva sensibilidade emocional, a imaturidade, a frequência acrescida de anomalias físicas menores, a possível base hereditária, em alguns casos, e a desproporção no sexo masculino (3:1) foram características referidas por Still como eventos ou situações que acontecem ao mesmo tempo ou em conexão com o “defeito no controle moral”. Segundo Still, essa perturbação poderia desenvolver-se em resposta a uma doença neurológica, mas, muitos casos, não revelavam tal etiologia.

As primeiras referências relativas à hiperatividade, designada como ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ou seja, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, remontam, portanto, a 1800 (BARKLEY, 1981; RUTTER, 1989; SHAYWITZ; SHAYWITZ, 1989). Essas descrições faziam referência à agitação, impulsividade, dificuldades na concentração e atividade motora excessiva em crianças mentalmente atrasadas ou com problemas neurológicos graves. Tais sintomas eram atribuídos a traumas neurológicos específicos, como lesões cerebrais (GOLDSTEIN, 1936; MEYER, 1904) ou infecções do Sistema Nervoso Central (BENDER, 1942; HOHMAN, 1922).

Durante as décadas de 30 e 40, os pesquisadores pensavam que, desde que as modificações do comportamento fossem acompanhadas de doença ou trauma neurológico conhecido, qualquer criança que exibisse aqueles sintomas deveria também ter algum problema neurológico (STRAUSS; LEHTINEN, 1947; WERNER; STRAUSS, 1941). Nas décadas de 60 e 70, esse conjunto de sintomas era, frequentemente, designado Disfunção Cerebral Mínima (CLEMENTS; PETERS, 1962). Apesar da ampla aceitação de uma base neurológica, não existiam evidências consistentes que apoiassem a conclusão de

que a hiperatividade era consequência de uma lesão estrutural ou de anomalias no Sistema Nervoso Central. Rutter (1983) defendeu que muitos dos argumentos relativos à síndrome de Disfunção Cerebral Mínima eram baseados num raciocínio circular e que a hipotética base neurológica da hiperatividade não tinha sustentação empírica. Em 1977, Rutter concluiu que menos de 5% das crianças hiperativas apresentavam lesão cerebral estrutural e que a maioria das crianças que sofria de doenças neurológicas ou lesões cerebrais não desenvolvia comportamentos hiperativos. Ao mesmo tempo, as anomalias neurológicas difusas e médias poderiam estar associadas a uma variedade de dificuldades emocionais, de aprendizagem e de comportamento.

Shaffer et al. (1985) verificou que, na adolescência, os sinais neurológicos mínimos estavam mais associados às perturbações da ansiedade do que à hiperatividade. No início da década de 60, as crianças com esse repertório comportamental que exibissem, principalmente, problemas de aprendizagem eram designadas crianças com dificuldades específicas de aprendizagem (KIRK; BATEMAN, 1962). Ao mesmo tempo, as crianças que revelassem, principalmente, Perturbações da Conduta e do Comportamento eram designadas hiperativas (LAUFER; DENHOFF, 1957). A insatisfação com a expressão “Disfunção Cerebral Mínima” levou ao conceito de “Síndrome Hiperativo da criança”, descrito nos trabalhos clássicos de Laufer e Denhoff (1957) e Stella Chess (1960).

Chess (1960) define hiperatividade como “*A criança hiperativa é aquela que executa as atividades a um ritmo de velocidade mais elevado do que a criança normal ou que está constantemente em movimento ou ambas as coisas*”. A publicação de Chess foi historicamente significativa, porque enfatizava a atividade da criança enquanto característica determinante da perturbação, sublinhava a necessidade de considerar os dados objetivos dos sintomas, além das referências subjetivas dos pais ou dos professores, separava o conceito de síndrome de hiperatividade do conceito de síndrome de lesão cerebral e retirava aos pais a “culpabilidade” pelos problemas dos filhos (BARKLEY, 1990). Reconheceu-se, então, que a hiperatividade era uma síndrome comportamental, que poderia ter origem numa patologia orgânica, mas que poderia também ocorrer na sua ausência. Mesmo assim, a hiperatividade continuou a ser vista como consequência de algum problema biológico, mais do que o resultado de causas exclusivamente ambientais.

No início dos anos 70 questionava-se a incidência exclusiva sobre a hiperatividade como condição *sine qua non* do TDAH (WERRY; SPRAGUE, 1970). Virginia Douglas (1972) demonstrou que os déficits em manter a atenção e o controle do impulso estavam mais implicados nas dificuldades observadas nessas crianças do que a hiperatividade. Douglas verificou uma extrema variabilidade em termos de desempenho, o que levou, mais tarde, à consideração desse fator como determinante da perturbação. Em 1983, Douglas descreveu quatro possíveis déficits responsáveis pelos sintomas do TDAH: déficits no investimento, organização e manutenção da atenção e do esforço, na incapacida-

de em inibir as respostas impulsivas, na incapacidade em regular os níveis de atividade para fazer face às situações e uma predisposição rara para procurar reforço imediato. Tal descrição esteve na base da redefinição feita pela American Psychiatric Association (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1980), que formalmente reconhecia os déficits na manutenção da atenção e no controle do impulso como significativos para o diagnóstico de hiperatividade.

O enquadramento da hiperatividade nos déficits de atenção ajudou no diagnóstico diferencial entre esse quadro e outras perturbações psiquiátricas que incluíam a hiperatividade, por exemplo, ansiedade, mania e autismo. Além disso, não existia uma fronteira clara entre os níveis de atividade normal e anormal. A atividade era, de fato, um construto multidimensional (RUTTER, 1989) e os déficits na vigilância ou na sustentação da atenção poderiam ser usados para discriminar essa perturbação de outras perturbações psiquiátricas (WERRY, 1988). Os novos critérios diagnósticos enfatizavam os problemas de atenção e impulsividade, criavam vários sintomas específicos, estabeleciam limites numéricos para os sintomas, início e duração dos sintomas e exclusão de outras perturbações psiquiátricas como essenciais para definir a perturbação.

A década de 90 é marcada pela publicação das normas da American Psychiatric Association (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1995), universalmente utilizadas para estabelecer o diagnóstico da hiperatividade, normas essas que sofreram, portanto, ao longo do tempo, várias alterações, que podem ser constatadas através da consulta dos DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1995). Segundo a perspectiva do DSM-III, a criança com TDAH apresentaria, relativamente à sua idade mental e cronológica, sintomas de desenvolvimento inadequado, como falta de atenção, impulsividade e hiperatividade. Os sintomas deveriam ser registrados pelos adultos, por exemplo, pais ou professores, no ambiente da criança, já que os sintomas, tipicamente variáveis, poderiam não ser observados diretamente pelo clínico. Quando os registros não coincidem, deve-se dar primazia aos registros dos professores, considerando a sua maior familiaridade com as normas apropriadas à idade. Os sintomas agravam-se tipicamente em situações que impõem auto-aplicação como, por exemplo, na sala de aula. Os sintomas da perturbação podem estar ausentes, quando a criança está numa nova situação ou numa situação de um para um. O número de sintomas especificados diz respeito às crianças entre os oito e os 10 anos de idade. Para crianças mais jovens, formas mais severas e um maior número de sintomas estariam habitualmente presentes. O contrário é verdade para crianças mais velhas.

Barkley (1982) utilizou o modelo do DSM-III para definir os critérios de um padrão de comportamento hiperactivo: queixas dos pais ou dos professores relativamente à falta de atenção, impulsividade, hiperatividade e fraco auto-controlado; pontuações de dois desvios-padrão acima da média relativamente às crianças normais da mesma idade e sexo nos fatores designados como “Falta de Atenção” ou “Hiperactivo”, em escalas de comportamento padronizadas para

crianças, preenchidas por pais ou professores; início dos problemas aos seis anos de idade; persistência dos problemas durante, pelo menos, doze meses; um quociente intelectual (QI) maior que .85, ou entre 70 e 85, comparadas com crianças da mesma idade mental usando o critério definido no ponto número dois; exclusão de atrasos significativos na linguagem, déficits sensoriais, por exemplo, surdez, cegueira, ou psicopatologia grave, por exemplo, autismo, esquizofrenia na infância.

Na versão do DSM-III-R, onde os problemas de atenção são considerados essenciais para definir a perturbação e a hiperatividade, considerada fator importante no diagnóstico, considera-se a identificação de oito entre 14 sintomas possíveis. Considera-se como critério de classificação apenas a elevada frequência de ocorrência do comportamento, comparativamente às outras crianças da mesma idade mental. Tais comportamentos devem manifestar-se na infância, antes dos sete anos de idade, e devem estar presentes em vários contextos (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1987). Deve-se excluir causas alternativas relativas à falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, tais como práticas de controle e de aprendizagem escolar desajustadas, problemas neurológicos graves no domínio sensorial, motor ou linguístico, atraso mental ou distúrbio emocional grave (BARKLEY, 1990).

A versão mais recente, o DSM-IV (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1995), estabelece subtipos de TDAH:

- (1) Perturbação com déficit de atenção com hiperatividade, tipo combinado, que indica a persistência durante, pelo menos, seis meses, de, pelo menos, seis sintomas de falta de atenção e, pelo menos, seis sintomas de hiperatividade-impulsividade. A maior parte das crianças e adolescentes com essa perturbação inclui-se no tipo combinado;
- (2) Perturbação com déficit de atenção com hiperatividade, tipo com predomínio do déficit de atenção, que indica que a persistência durante, pelo menos, seis meses, de, pelo menos, seis sintomas de falta de atenção, mas, menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade;
- (3) Perturbação com déficit de atenção com hiperatividade, tipo com predomínio hiperativo-impulsivo, que indica a persistência durante, pelo menos, seis meses, de seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, mas, menos de seis sintomas de falta de atenção.

Devido à dificuldade diagnóstica de TDAH em crianças pré-escolares, a avaliação deve ser multidimensional e integrar informação sócioeconômica, ecológica, física, emocional, cognitiva, comportamental e familiar. Essa informação deve ser discutida por uma equipa transdisciplinar que inclui a participação do médico, especialista em psicologia da criança e educadores de infância.

Uma história médica geral é exigida para identificar os fatores de risco de TDAH e para excluir qualquer problema de saúde que possa simular o TDAH. Uma anamnese precisa da história da família relacionando-se com a TDAH e outras condições comorbidas como a depressão, agressão, abuso de drogas, acidentes e um modo de vida hiperativa podem dar força à validade de uma identificação precoce. Problemas com a alimentação, sono e lesões em virtude do temperamento da criança são frequentemente referidos. Um exame médico geral que inclua uma avaliação da audição, visão e teste neurológico dos reflexos é fundamental. O médico de família tem, frequentemente, a vantagem de conhecer as famílias e o contexto social e ecológico em que vive a criança. Quando essa informação não é conhecida, é essencial que se explore essas questões. Deve-se considerar o nível de tensão familiar, violência, alcoolismo, problemas financeiros e habitacionais. O diagnóstico de TDAH deve também ser apoiado em dados psicométricos e observações dos educadores. Uma grande porcentagem de crianças com TDAH apresentam um QI normal ou acima da média. O teste pode ajudar a identificar um subgrupo de crianças com TDAH associado a dificuldades de aprendizagem.

A avaliação e o diagnóstico de hiperatividade costumam ser efetuados por psicólogos e psiquiatras. Embora os professores não sejam diretamente responsáveis pela avaliação dos déficits de atenção, existem, segundo Atkins e Pelham (1991), vários fatores que fornecem ao professor uma certa relevância e responsabilidade na avaliação dos déficits de atenção. Por exemplo, o período significativo de tempo que os professores dedicam aos alunos, à observação dos alunos em diversas tarefas escolares e sociais e a maior objetividade dos professores na avaliação das crianças, comparativamente com os pais. Uma escala multidimensional amplamente utilizada na avaliação, em sala de aula, de crianças hiperativas, é a escala de Conners-28 (CONNERS, 1990.), assim denominada por contemplar 28 itens relativos a diversos problemas de comportamento e que pode ser utilizada com crianças e adolescentes entre os três e os 17 anos de idade. O professor apenas indica, numa escala de 0 (nada) a 3 (muito), se a característica descrita em cada item se aplica a uma dada criança. A estrutura da escala contém três dimensões: problemas de conduta (representados pelos itens 4, 5, 6, 10, 11, 12, 23, 27), hiperatividade (representada pelos itens 1, 2, 3, 8, 14, 15, 16) e falta de atenção/passividade (representadas pelos itens 7, 9, 18, 20, 21, 22, 26, 28). Conners isolou uma outra dimensão, constituída pelo índice de hiperatividade, que contempla 10 itens (1, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 21 e 26), onde os itens 7, 21, 26 referem-se exclusivamente aos comportamentos de falta de atenção, os itens 1, 8, 14, 15 à hiperatividade e os itens 5, 10, 11 à conduta. O valor correspondente a dois desvios-padrão acima da média no índice de hiperatividade permite identificar com bastante segurança a criança com distúrbios hiperativos. Os itens 13, 17, 19, 24 e 25 foram excluídos da estrutura fatorial.

Os cálculos da prevalência, normalmente utilizados nos Estados Unidos da América, oscilam entre 3% e 5% da população escolar (DUPAUL; STONNER, 1994, ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1995). O DSM-III-R (ES-

TADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1987) estima a prevalência da hiperatividade em 3%, ocorrendo entre três e nove vezes mais nos meninos do que nas meninas. O Manual refere ainda que aproximadamente 9% dos meninos e 2% das meninas até aos 18 anos de idade apresentam a perturbação. As intervenções psicoterapêutica (comportamental), psicofarmacológica e uma combinação entre as duas têm sido validadas como eficazes no tratamento da TDAH (ABIKOFF et al., 2004; BROWN et al., 2008; THE MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, 1999, 2004; PELHAM, WHEELER; CHRONIS, 1998; VALENTE, 2001; WELLS et al., 2006).

As intervenções correntes foram significativamente influenciadas pelo MTA (THE MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, 1999). O principal objetivo do estudo foi comparar a eficácia das intervenções psicofarmacológica e comportamental administradas isoladamente e, ainda, administradas em combinação. Os resultados iniciais mostraram que a intervenção psicofarmacológica isoladamente (por exemplo, Ritalina) e a intervenção psicofarmacológica/psicoterapêutica (comportamental) combinadas evidenciaram melhorias significativas em diversos domínios do funcionamento da criança. Todavia, análises posteriores demonstraram a superioridade de uma combinação entre intervenções psicofarmacológica e psicoterapêutica relativamente a qualquer uma das intervenções isoladas (CONNORS et al., 2001; SWANSON, KRAEMER; HINSHAW, 2001). Vários estudos posteriores ao MTA evidenciaram a eficácia, a curto prazo, da intervenção psicofarmacológica na redução dos principais sintomas do TDAH, bem como na melhoria da capacidade da criança em seguir regras e na diminuição da reatividade emocional (CHACKO et al., 2005; GREENHILL et al., 2002). Apesar disso, a intervenção psicofarmacológica pode produzir efeitos secundários graves, tais como supressão do apetite, insônia, bruxismo, tics, taquicardia, instabilidade emocional e atraso do crescimento (GREEN e CHEE, 1997; PURDIE, HATTIE; CARROLL, 2002).

O estudo MTA (2004) revelou um declínio no crescimento da criança, de 25,4 milímetros por ano na intervenção com estimulantes. Moline e Frankenberger (2001) assinalaram que 40% das crianças que frequentavam entre o 5º e o 12º anos de escolaridade desenvolveram tics, não observados antes de iniciarem o tratamento com estimulantes. A investigação recente sugere ainda que os efeitos a longo prazo da intervenção psicofarmacológica permanecem desconhecidos (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1998; THE MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, 2004).

As intervenções psicoterapêuticas empiricamente validadas para o TDAH incluem o treino comportamental para os pais e as intervenções em sala de aula, com o objetivo comum de modificar os fatores do ambiente físico e social que possam sustentar os problemas de comportamento da criança. Relativamente à criança hiperativa existem três razões fundamentais para consi-

derar uma abordagem psicoterapêutica comportamental. A primeira relaciona-se com o problema da intervenção psicofarmacológica e, em particular, com os efeitos a longo prazo que as drogas estimulantes têm sobre o crescimento físico, com o risco de dependência da droga e com problemas de aprendizagem, que podem estar dependentes da medicação e dificultar a transferência da aprendizagem que ocorre durante o efeito da droga para situações livres do efeito da droga (SOLOMONS, 1973; WENDER, 1971). A segunda razão relaciona-se com o fato de que a criança, enquanto parte de um complexo interativo, estará periodicamente sujeita a mecanismos desencadeadores do comportamento desadaptativo. A terceira razão refere-se à constatação de que apenas 70% a 80% das crianças com TDAH respondem positivamente à intervenção psicofarmacológica (SWANSON, MCBURNETT; CHRISTIAN, 1995).

Muitas das abordagens relacionadas com a modificação do comportamento centram-se em procedimentos de análise operante do comportamento, onde as relações de contingência entre os antecedentes e os consequentes de um dado comportamento podem aumentar ou diminuir a probabilidade futura de ocorrência daquele comportamento (por exemplo, obediência ou desobediência). A modificação de comportamento aplicada às crianças com TDAH envolve o trabalho com os pais e os professores dessas crianças, no sentido de programar contingências operantes em casa e na escola. No início da década de 70, os procedimentos de modificação do comportamento foram aplicados na educação de crianças então classificadas como “hiperativas” (e.g. O’LEARY; PELHAM, 1978) e hoje diagnosticadas com TDAH (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, American Psychiatric Association, 1995).

A estratégia de gestão de contingências que consiste na utilização exclusiva do procedimento de reforçamento positivo, raramente é eficaz na sustentação de níveis apropriados de comportamento adequado em crianças com TDAH (ABRAMOWITZ; O’LEARY, 1991; PFIFFNER; O’LEARY, 1993). Vários estudos têm demonstrado que a remoção de estímulos reforçadores contingente à emissão de comportamentos desajustados (por exemplo, fora da tarefa) representa um procedimento eficaz na mudança de comportamento (PFIFFNER; O’LEARY, 1987; PFIFFNER et al., 1985; ROSEN et al., 1984). A perda ou a remoção de privilégios (por exemplo, pontos ou prêmios) contingente às respostas de falta de atenção e impaciência apresenta-se como um procedimento útil, quando combinado com o procedimento de reforçamento positivo. A combinação entre esses dois procedimentos aumenta a frequência e a intensidade de ocorrência de comportamentos sob o controle da tarefa em questão, a produtividade e o desempenho escolar e a precisão do trabalho executado pela criança com TDAH (DUPAUL, GUEVREMONT; BARKLEY, 1992; RAPPORT, MURPHY; BAILEY, 1980, 1982).

Vários estudos apoiam o TCP ou Escola de Pais de crianças com TDAH, com comportamentos antisociais ou turbulentas (e.g. BRESSAN; EYBERG, 1998; EYBERG, NELSON; BOGGS, 2008; LUNDAHL, RISSER; LOVEJOY, 2006; SERKETICH; DUMAS, 1996). A Escola de Pais (BERTELLI,

2004) ensina aos pais um conjunto de princípios comportamentais básicos, que podem ser por eles utilizados na compreensão do porquê dos comportamentos da sua criança e, simultaneamente, na modificação desses mesmos comportamentos, através de procedimentos saudáveis e positivos. A Escola de Pais mantém a suposição fundamental de que o comportamento, desadaptativo ou adaptativo, não pode ser compreendido independentemente do sistema social de relações no qual a criança interage. Mantendo a evidência de que a família representa o papel principal no desenvolvimento e na sustentação do comportamento desadaptativo, a Escola de Pais procura modificar o comportamento desadaptativo, modificando a maneira como os pais interagem com a sua criança. Assim, os pais aprendem que os comportamentos da sua criança têm um valor funcional e aprendem ainda a perguntar e a fornecer respostas úteis às questões “Qual é a função de um dado comportamento para a minha criança?”, “Qual é a função da omissão de um dado comportamento para a minha criança?”, “Qual é a relação entre um dado comportamento e os seus efeitos para a minha criança?”

Apesar de algumas diferenças nos parâmetros desses Programas, todos compartilham a meta de ensinar aos pais como descrever, em termos observáveis, comportamentos desadaptativos e adaptativos da sua criança, como observar e registrar exemplos de tais comportamentos e, ainda, como dar resposta imediata e consistente aos comportamentos que observam, no sentido de diminuir ou de aumentar a frequência de ocorrência dos mesmos. O ensino de pais pode ser feito individualmente ou em grupo, em casa ou em contexto institucional. Através da Escola de Pais, tendo como ponto de referência comportamentos concretos desadaptativos da sua criança, os pais aprendem a implementar, a executar Programas de análise e modificação de comportamento, utilizando princípios comportamentais básicos que incluem, particularmente, o reforçamento positivo, o reforçamento negativo, a extinção e o reforçamento diferencial. Os pais inicialmente aprendem a notar e a reforçar os comportamentos desejáveis da sua criança, aprendem a utilizar uma variedade de estímulos reforçadores, incluindo o elogio entusiástico (por exemplo, “*Muito bem! Você veio imediatamente, assim que eu chamei!*”), a afeição física (um abraço apertado, por exemplo) e a oferta de privilégios (como ir para a cama 15 minutos mais tarde). A seguir, os pais aprendem como reforçar diferencialmente os comportamentos incompatíveis com os comportamentos seriamente desadaptativos (por exemplo, bater no irmão) e a ignorar comportamentos desadaptativos leves (por exemplo, reclamar). Os pais aprendem ainda a dar instruções diretas, claras, objetivas, apropriadas à idade da sua criança e a evitar instruções negativas, indiretas, exaltadas e ameaçadoras (tal como, “*Espera até o seu pai chegar em casa, que você vai ver...*”).

Corcoran e Dattalo (2006) assinalaram a dimensão do efeito de .40 e .30 respectivamente para o TDAH e sintomas externalizantes, enquanto que Purdie, Hattie e Carroll (2002) referem uma dimensão do efeito de .31 para a Escola de Pais no TDAH. Lundahl, Risser e Lovejoy (2006) analisaram os estudos da Escola de Pais entre grupos, com crianças descritas como turbulentas

e assinalaram dimensões de efeito que oscilam de .42 e .53 nos resultados para a criança e os pais a seguir à intervenção. Serketich e Dumas (1996) incluíram apenas designs de grupo e mostraram uma dimensão do efeito de .86 para as intervenções da Escola de Pais. Barkley (1987, 1990) adaptou o programa de Escola de Pais de Forehand e McMahon (1981) com o objetivo de ajudar os pais de crianças hiperativas entre os dois e os 11 anos de idade. O programa ensina a utilização dos princípios embutidos no reforçamento diferencial. Quando as crianças são indisciplinadas, frequentemente é possível modificar os seus comportamentos através do reforçamento de comportamentos adaptativos e da extinção de comportamentos desadaptativos. Isso recebe o nome de reforçamento diferencial, ou seja, só os comportamentos que satisfazem certo critério são reforçados, todos os outros comportamentos são ignorados (BARKLEY, 1987, 1997, BLECHMAN, 1985, DANGEL; POLSTER, 1988, FLEISCHMAN, HORNE e ARTHUR, 1987, FOREHAND; MCMAHON, 1981).

A maior parte do tempo da criança é vivido nos contextos familiar e escolar e, por isso, os pais e os professores desempenham um papel crucial no desenvolvimento social, escolar e emocional da criança com TDAH. Os pais necessitam compreender a etiologia e as consequências do TDAH sobre o comportamento, a aprendizagem, as competências sociais, a auto-estima, o funcionamento da criança na família e, ainda, as consequências dos tratamentos psicofarmacológico e psicoterapêutico. O acesso à informação pode ter um efeito protetor na relação conjugal e no funcionamento de toda a família (TAANILA, JARVELIN e KOKKONEN, 1998). Os efeitos a longo prazo dos diferentes tipos de intervenção e a combinação de intervenções precisariam ser melhor estudados.

Referências

- ABIKOFF, H. et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 43, p. 802-811, 2004.
- ABRAMOWITZ, A.J.; O'LEARY, S.G. Behavioral interventions for the classroom: implications for students with ADHD. **School Psychology Review**, v. 20, p. 220-234, 1991.
- ATKINS, M. S.; PELHAM, W.E. School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. **Journal of Learning Disabilities**, v. 24, p. 197-204, 1991.
- BARKLEY, R. A. **ADHD adolescents: family conflicts and their treatment**. New York: Guilford, 1990.
- BARKLEY, R. A. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. 3rd ed. New York: Guilford, 2006.
- BARKLEY, R. A. **Defiant children: a clinician's manual for parent training**. 2nd ed. New York: Guilford, 1997.

- BARKLEY, R. A. **Defiant children**: a clinician's manual for parent training. New York: Guilford, 1987.
- BARKLEY, R. A. **Hyperactive children**: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford, 1981.
- BENDER, L. Post encephalitic behavior disorders in childhood. In: _____. **Encephalitis**: a clinical study. New York: Grune & Stratton, 1942.
- BERTELLI, R. Escola de Pais: estratégia de intervenção. FÓRUM, In: indisciplina na escola, Vila Real: Associação Nacional de Professores, 2004.
- BLECHMAN, E. A. **Solving child behavior problems at home and at school**. Champaign, IL: Research, 1985.
- BRESSAN, E.V.; EYBERG, S.M. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 27, p. 180-189, 1998.
- BROWN, R.T. et al. Attention deficit hyperactivity disorder. In: _____. **Childhood mental health disorders**: evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and combined interventions. Washington, DC: American Psychological Association, 2008. p. 15-32.
- CHACKO, A. et al. Stimulant medication effects in a natural setting among young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 4, p. 249-257, 2005.
- CHESS, S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. **New York Journal of Medicine**, v. 60, p. 2379-2385, 1960.
- CLEMENTS, S. D.; PETERS, J. E. Minimal brain dysfunction in the school - aged child. **Archives of General Psychiatry**, 6, p. 185-197, 1962.
- CONNERS, C.K. **Conners' Rating Scales Manual**. New York: North Tonawanda, Multi-Health Systems, Inc., 1990.
- CONNORS, K. et al. Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Expert consensus guidelines. **Journal of Attention Disorders**, v. 4, p. 7-128, 2001.
- CORCORAN, J.; DATTALO, P. Parent involvement in treatment for ADHD: a meta-analysis of the published studies. **Research on Social Work Practice**, v. 16, p. 561-570, 2006.
- DANGEL, R. F.; POLSTER, R.A. **Teaching child management skills**. New York: Pergamon, 1988.
- DOUGLAS, V. I. Attention and cognitive problems. In: RUTTER, M. (Org.). **Developmental neuropsychiatry**. New York: Guilford, 1983. p. 280-329.

DOUGLAS, V. I. Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. **Canadian Journal of Behavioral Science**, v. 4, p. 159-182, 1972.

DUPAUL, G. J.; GUEVREMONT, D. C.; BARKLEY, R. A. Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom: The use of the Attention Training System. **Behavior Modification**, v. 16, p. 204-225, 1992.

DUPAUL, G.J.; STONER, G. ADHD in the Schools. **Assessment and intervention strategies**. New York: Guilford, 1994.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)**. Washington, DC, 1987.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)**. Washington, DC, 1980.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**. Washington, DC, 1995.

EYBERG, S.; NELSON, M.; BOGGS, S. Update on Empirically Supported Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 37, p. 215-237, 2008.

FLEISCHMAN, M. J.; HORNE, A. M.; ARTHUR, J. L. **Troubled families: a treatment program**. Champaign, IL: Research, 1987.

FOREHAND, R.; MCMAHON, R. J. **Helping the noncompliant child: a clinicians' guide to parent training**. New York: Guilford, 1981.

GOLDSTEIN, K. Modification of behaviour consequent to cerebral lesion. **Psychiatry Quarterly**, v. 10, p. 539-610, 1936.

GREEN, C.; CHEE, K. **Understanding ADHD: attention deficit hyperactivity disorder**. Sydney: Doubleday, 1997.

GREENHILL, L. L. et al. Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children, adolescents, and adults. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 41, p. 26-49, 2002.

HINSHAW, S.P. et al. Peer status in boys with and without Attention-deficit hyperactivity disorder: predictions from overt and covert antisocial behaviour, social isolation, and authoritative parenting beliefs. **Child Development**, v. 68, p. 880-896, 1997.

HOHMAN, L. B. Post encephalitic behaviour disorders in children. **Jonhs Hopkins Hospital Bulletin**, v. 380, p. 372-375, 1922.

- KIRK, S. A.; BATEMAN, B. Diagnosis and remediation of learning disabilities. **Exceptional Children**, v. 29, p. 73-78, 1962.
- KLEIN, R. G.; MANNUZZA, S. Long-term outcome of hyperactive children: a review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 30, p. 383-387, 1991.
- LAUFER, M.; Denhoff, E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. **Journal of Pediatrics**, v. 50, p. 463-474, 1957.
- LUNDAHL, B.; RISSER, H.J.; LOVEJOY, M. C. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. **Clinical Psychology Review**, v. 26, p. 86-104, 2006.
- MASH, B. J.; JOHNSON, C. Determinants of parenting stress: illustrations from families of hyperactive children and families of abused children. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 19, p. 313-328, 1990.
- MEYER, A. The anatomical facts and clinical variables of traumatic insanity. **American Journal of Insanity**, v. 60, p. 373-441, 1904.
- MOLINE, S.; FRANKENBERGER, W. Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A survey of middle and high school students' attitudes. **Psychology in the Schools**, 3v. 8, p. 569-584, 2001.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. **NIH consensus report**, v. 16, p. 1-37, 1998.
- O'LEARY, S. G.; PELHAM, W. E. Behavior therapy and withdrawal of stimulant medication in hyperactive children. **Pediatrics**, v. 61, p. 211-217, 1978.
- PELHAM, W. E.; WHEELER, T.; CHRONIS, A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 27, p. 190-205, 1998.
- PIFFNER, L. J. et al. A comparison of the effects of continuous and intermittent response cost and reprimands in the classroom. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 14, p. 348-352, 1985.
- PIFFNER, L. J.; O'LEARY, S. G. School-based psychological treatments. In: MATSON, J.L. (Org.). **Handbook of hyperactivity in children**. Boston: Allyn & Bacon, 1993.
- PIFFNER, L. J.; O'LEARY, S. G. The efficacy of all-positive management as a function of the prior use of negative consequences. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 20, p. 265-271, 1987.
- PURDIE, N.; HATTIE, J.; CARROLL, A. A review of research on interventions for attention-deficit hyperactivity disorder: What works best. **Review of Educational Research**, v. 72, p. 61-99, 2002.

RAPPORT, M. D.; MURPHY, A.; BAILEY, J. S. Ritalin vs. response cost in the control of hyperactive children: A within subject comparison. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 15, p. 205-216, 1982.

RAPPORT, M. D.; MURPHY, A.; BAILEY, J. S. The effects of a response cost treatment tactic on hyperactive children. **Journal of School Psychology**, v. 18, p. 98-111, 1980.

ROSEN, L.A. et al. The importance of prudent negative consequences for maintaining the appropriate behavior of hyperactive students. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 12, p. 581-604, 1984.

RUTTER, M. Attention deficit disorder / hyperkinetic syndrome: Conceptual and research issues regarding diagnosis and classification. In: SAGVOLDEN, T.; ARCHER, T. (Org.). **Attention deficit disorder: Clinical and basic research**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989. p. 1-24.

RUTTER, M. Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 18, p. 1-21, 1977.

RUTTER, M. Introduction: Concepts of brain dysfunction syndromes. In: _____. **Developmental neuropsychiatry**. New York: Guilford, 1983. p. 1-11.

RUTTER, M.; CHADWICK, O.; SHAFFER, R. Hyperactivity and minimal brain dysfunction: Epidemiological perspectives on questions of cause and classification. In: Tarter, R. A. (Org.). **The child at psychiatric risk**. New York: Oxford University, 1983. p. 80-107.

SEMRUD-CLICKEMAN et al. Comorbidity between ADHD and learning disability: a review and report of clinical referred samples. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 31, p. 439-448, 1992.

SERKETICH, W. J.; DUMAS, J. E. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. **Behavior Therapy**, v. 27, p. 171-186, 1996.

SHAFFER, D. et al. Neurological soft signs: Their relationship to psychiatric disorders and intelligence in childhood and adolescence. **Archives of General Psychiatry**, v. 42, p. 342-351, 1985.

SHAYWITZ, S. E.; SHAYWITZ, B. A. Critical issues in Attention Deficit Disorder. In: Sagvolden, T.; Archer, T. (Org.). **Attention Deficit Disorder: Clinical and basic research**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989. p. 53-69.

SOLOMONS, G. Drug therapy: initiation and follow-up. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 205, p. 335-344, 1973.

STILL, G. F. Some abnormal psychological conditions in children. **Lancet**, p. 1163-1168, 1902.

STRAUSS, A. A.; LEHTINEN, L. E. **Psychopathology and education of the brain-injured child**. New York: Grune & Stratton, 1947.

SWANSON, J. M.; KRAEMER, H. C.; HINSHAW, S. P. Clinical relevance of primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. **Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, p. 168–179, 2001.

SWANSON, J. M.; MCBURNETT, K.; CHRISTIAN, D. L. Stimulant medication and treatment of children with ADHD. In: OLLENDICK, T. H.; PRINZ, R. J. (Org.). **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1995. v. 17, p. 265-322.

TAANILA, A.; JARVELIN, M. R.; Kokkonen, J. Parental guidance and counselling by doctors and nursing staff: parents' views of initial information and advice for families with disabled children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 7, p. 505-511, 1998.

THE MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, p. 1073-1086, 1999.

THE MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER, Cooperative Group. National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. **Pediatrics**, v. 113, p. 754-761, 2004.

VALENTE, S. M. Treating attention deficit hyperactivity disorder. **The Nurse Practitioner**, v. 26, p. 14-26, 2001.

WELLS, K. C. et al. Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 74, p. 649-657, 2006.

WENDER, P. **Minimal Brain Dysfunction in Children**. New York: Wiley, 1971.

WERNER, H.; STRAUSS, A. A. Pathology of figure-background relation in the child. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 36, p. 236-248, 1941.

WERRY, J. S. Differential diagnosis of attention deficits and conduct disorders. In: BLOOMINGDALE, L.; SERGEANT, J. (Org.). **Attention deficit disorder: Criteria, cognition, and intervention**. New York: Pergamon Press, 1988. p. 83-96.

WERRY, J.S.; Sprague, R.L. Hyperactivity. In: COSTELLO, C.G. (Org.), **Symptoms of psychopathology**. New York: Wiley, 1970. p. 397-417.

Eduardo C. Cruz – Rosângela Bertelli – José João P. Bianchi

Correspondência

Eduardo Chaves Cruz – Departamento de Educação e Psicologia, Edifício do CIFOP. Rua Dr. Manuel Cardona, Apartado 1013, Vila Real, 5001-558, Vila Real, Portugal.
E-mail: echaves@utad.pt

Recebido em outubro de 2009
Aprovado em dezembro de 2009