

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

JOSIANE MARIA DE FREITAS TONELOTTO

**“ATENÇÃO E SUA RELAÇÃO COM ATITUDES DE
CRIANÇAS NO CONTEXTO ESCOLAR”**

**Tese de Doutorado, apresentada ao curso
de Pós-Graduação em Neurociências da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do Título de Doutor em
Neurociências**

Orientadora: Profa. Dra. Vanda Maria Gimenes Gonçalves

1998



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	Ex.
TOMADO	BC/ 36486
PREÇO:	229/99
S	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	05/02/99
N.º CPU	

CM-00120762-6

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

T612a

Tonelotto, Josiane Maria de Freitas

“Atenção e sua relação com atitudes de crianças no contexto escolar” / Josiane Maria de Freitas Tonelotto. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Vanda Maria Gimenes Gonçalves

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbio de aprendizagem. 2. Comportamento humano. I. Vanda Maria Gimenes Gonçalves. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Aluna: Josiane Maria de Freitas Tonelotto

Orientadora: Profa. Dra. Vanda Maria Gimenes Gonçalves

MEMBROS:

1. W. Gonçalves
2. A. Auto
3. St. M. S. S. S. S.
4. S. L. L. L. L.
5. R. P. P. P. P.

Faculdade de Ciências Médicas Pós-Graduação em Neurociências

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Neurociências pela Aluna JOSIANE MARIA DE FREITAS TONELOTTO.

Data: / /

CPGN/FCM/UNICAMP, 17 de dezembro de 1998.

W. Gonçalves
VANDA MARIA GIMENES GONÇALVES
Orientadora (mat. 04651-5)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha família, pessoas de cujo
afeto necessito para sobreviver...*

*Aos meus avós José e Celeste, oferecendo meu
reconhecimento,
Aos meus pais Manoel e Marlene, oferecendo minha
gratidão,
Ao meu irmão Junior que ao escolher uma esposa me
deu uma irmã, Luciana, oferecendo minha admiração,*

*Em especial ao meu marido, Sérgio, oferecendo todo
meu amor,*

*...E aos meus filhos Bruno e Marina, oferecendo
minha vida...*

AGRADECIMENTOS

*À Deus pela minha fé, alimento essencial em minha vida,
Às minhas amigas Cida e Acácia por serem o exemplo presente da
grandeza profissional e humana,
À Universidade São Francisco , na pessoa de Frei Constâncio
Nogara, pessoa sem a qual a USF não seria o que é,
Às pessoas que auxiliaram na coleta dos dados, Ana Tereza, Paula,
Claudia, Violeta, Silvana, Vanilza, Andréa, Kátia, minha
amiga Solange, Adriana e em especial a Monica Moni,
À toda a equipe da Escola Júlio César e às suas crianças, na pessoa
da profa. Maria Helena,
À minha equipe de trabalho pela compreensão e apoio na pessoa de
Andréa Temponi, minha amiga e irmã ,
À Luciana minha companheira de trabalho de todos os dias e à
Andreinha, pela especial colaboração,
À todas as pessoas que de alguma forma participaram com idéias ou
votos de sucesso, na pessoa do Prof. Fermino ,
À Jeni e Maria de Lourdes, pelos cuidados preciosos com a minha
casa e com meus filhos em tantas horas de ausência,

Especialmente à Profa. Vanda, pelo empenho, pela compreensão
e por sua competência.*

"...é preciso coragem para pensar, como é preciso para sofrer ou lutar, porque ninguém pode pensar em nosso lugar, - nem sofrer em nosso lugar, nem lutar em nosso lugar -, e porque a razão não basta, porque a verdade não basta, porque é necessário ainda superar em si tudo o que estremece ou resiste, tudo o que preferiria uma ilusão tranquilizadora ou uma mentira confortável"

André Comte-Sponville

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Anexos

Introdução	001
1 - A atenção e o contexto escolar	001
1.1 – Atenção e suas manifestações.....	002
1.1.1 – A falta de atenção.....	004
1.2 – Atenção e aprendizagem.....	018
1.3 – Atenção e fracassos na aprendizagem.....	022
2 - As atitudes e o contexto escolar	026
2.1 – Atitudes: definições, formação e mudanças.....	026
2.2 – Atitudes e desempenho escolar.....	029
2.3 – Agressividade e auto-controle.....	033
2.4 – Atitudes e auto-estima.....	037
Objetivos.....	043
Material e Método	045
1 – Situação.....	045
2 – Sujeitos.....	045
3 – Materiais.....	046
4 – Procedimento.....	053
Resultados	058
Etapa 1 –.....	060
Etapa 2 –.....	075
Discussão dos Resultados	086
Conclusões	110
Abstract	111
Referências Bibliográficas	112

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

A - Ausente

ADD - Attention Deficit Disorder/Transtorno da Falta de Atenção

ADHD - Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

AL - Alterado

CH.A.D.D. - Children And Adults With Attention Deficit Disorder

DCM - Disfunção Cerebral Mínima

DSM-III - Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, Terceira Edição

DSM-III-R - Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, Terceira Edição Revista

DSM-IV - Manual de diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, Quarta Edição

ENEVA - Exame Neurológico Evolutivo Versão Abreviada

ENT - Exame Neurológico Tradicional

F - Distribuição de Fisher

N - Normal

P - Presente

p - probabilidade

RIA - Roteiro de Investigação e Atenção

SPSS - Statisc Product and Service Solutions

χ^2 - Qui quadrado

χ^2 corr- Qui quadrado corrigido

< - menor

> - maior

LISTA DE TABELAS

TABELA	PÁGINA
Tabela 01 - Sexo dos Sujeitos dos dois grupos, comparando-se as frequências observadas.....	060
Tabela 02 - Qualidade do desempenho escolar dos sujeitos segundo a opinião da professora, comparando-se os dois grupos.....	061
Tabela 03 - Ritmo de trabalho dos sujeitos atribuído pela professora, comparando-se os dois grupos.....	061
Tabela 04 - Frequência observadas para trabalho silencioso ou ruidoso em sala de aula, comparando-se os dois grupos.....	062
Tabela 05 - Ocorrência do comportamento de brigar em ambos os grupos, conforme a percepção da professora.....	063
Tabela 06 - Ocorrência do comportamento de interromper a professora ou os colegas nos dois grupos, conforme percepção da professora.....	063
Tabela 07 - Ocorrência do comportamento de "desassossego" apresentada pelos dois grupos, conforme a percepção da professora.....	064
Tabela 08 - Frequência às aulas, comparando-se os dois grupos.....	065
Tabela 09 - Ocorrência de deveres de casa realizados, comparando-se os dois grupos.....	066

Tabela 10 – Ocorrência de boa qualidade de trabalho apresentada em sala de aula pelos dois grupos, segundo a professora..... 066

Tabela 11 – Ocorrência de boa qualidade de trabalho realizado em casa pelos dois grupos, segundo a professora..... 067

Tabela 12 – Análise de variância entre os resultados obtidos nas escalas de atitude, dos dois grupos..... 069

Tabela 13 – Análise de variância entre os resultados obtidos nos critérios diagnósticos para identificação dos transtornos da atenção..... 071

Tabela 14 – Análise da variância para popularidade e rejeição, comparando-se os dois grupos..... 072

Tabela 15 – Características dos sujeitos atribuídas pelas professoras comparando-se os dois grupos..... 073

Tabela 16 – Resultados da avaliação neurológica obtidos pelos dois grupos.....
..... 074

Tabela 17 – Sexo dos sujeitos dos dois grupos, comparando-se as frequências observadas..... 075

Tabela 18 – Qualidade do desempenho escolar dos sujeitos, comparando-se as frequências observadas nos dois grupos..... 076

Tabela 19 – Ritmo de trabalho dos sujeitos, comparando-se as frequências observadas nos dois grupos..... 076

Tabela 20 – Freqüências observadas de sujeitos com trabalho silencioso ou ruidoso, comparando-se os dois grupos.....	077
Tabela 21 – Ocorrência de brigas em sala de aula observadas pela professora comparando-se os dois grupos.....	078
Tabela 22 – Ocorrência de interrupção da professora ou dos colegas em sala de aula observada pela professora, comparando-se os dois grupos.....	078
Tabela 23 – Análise da variância entre as médias obtidas pelos dois grupos nas escalas de atitude.....	079
Tabela 24 – Análise da variância entre as médias de pontuação para popularidade e rejeição nos dois grupos.....	079
Tabela 25 – Características dos sujeitos atribuídas pelas professoras comparando-se os dois grupos.....	080
Tabela 26 – Resultados da avaliação neurológica obtidos por GA e GB.....	080
Tabela 27 – Ocorrência de boa qualidade de trabalho apresentada em casa pelos dois grupos, segundo a professora.....	081
Tabela 28 – Análise da Variância entre as médias obtidas pelos dois grupos nas escalas de atitude.....	082
Tabela 29 – Análise da Variância entre as médias de pontuação para popularidade e rejeição nos dois grupos.....	082
Tabela 30 – Características dos sujeitos atribuídas pelas professoras comparando-se os dois grupos.....	083

Tabela 31 – Resultados da avaliação neurológica obtidos por GA e GB..... 084

Tabela 32 – Classificação dos possíveis casos de ADD identificados..... 085

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO

PÁGINA

Gráfico 1 - Comparação entre as médias obtidas pelos dois grupos nas escalas de atitude..... 068

Gráfico 2 - Comparação entre as médias obtidas pelos dois grupos nos Critérios Diagnósticos para identificação dos Transtornos de Falta de Atenção (DSM-III-R e DSM-IV)..... 070

Gráfico 3 - Comparação entre as médias de marcações obtidas pelos dois grupos em Popularidade e Rejeição..... 071

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento

ANEXO 2 – Protocolo para diagnóstico do Distúrbio do Déficit de Atenção ou Transtorno da Falta de Atenção

ANEXO 3 – Critérios para identificação do Transtorno da Falta de Atenção

ANEXO 4 – Roteiro de Investigação de Atenção

ANEXO 5 – Escala de Atitudes do aluno em Relação aos Colegas

ANEXO 6 – Escala de Atitudes do Aluno com Relação a Si Mesmo

ANEXO 7 – Escala de Atitudes do Aluno com relação à Escola

ANEXO 8 – Avaliação do Aluno

ANEXO 9 – Sociograma

ANEXO 10 – Exame Neurológico Tradicional

ANEXO 11 – Exame Neurológico Evolutivo

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi investigar a presença de problemas de atenção em escolares de primeira série, relacionando-os com atitudes frente ao contexto escolar e presença de sinais neurológicos. Serviram como sujeitos da pesquisa, 128 alunos de primeira série de uma escola da rede municipal de ensino do município de Itatiba (SP). O tipo de pesquisa realizado foi a de levantamento, pois buscou-se o conhecimento direto da realidade por meio de instrumentos que levaram a previsão, análise e interpretação dos dados. Na coleta de dados, foram utilizados instrumentos capazes de verificar a presença de problemas de atenção, escalas para identificar atitudes positivas e negativas dos sujeitos frente ao contexto escolar, verificação de comportamentos exibidos em sala de aula e avaliação neurológica. Os instrumentos foram aplicados através de entrevistas individuais com os alunos na escola em questão, com a anuência dos pais, e por meio de avaliações da professora. A presença ou não, de problemas de atenção definiu dois grupos distintos, através de dois instrumentos diferentes. A análise de dados foi realizada em duas etapas, levando em consideração critérios destes instrumentos. O tratamento estatístico revelou diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos grupos, sendo que, no grupo em que os problemas são mais evidenciados, a predominância do sexo masculino foi observada. As atitudes frente à escola, aos colegas e a si próprios apresentaram-se como mais negativa, a qualidade dos trabalhos realizados em casa e em sala de aula foi observada como pior. Os resultados revelaram ainda que estes sujeitos foram tidos como mais rejeitados, mais inquietos, mais agressivos e apresentando problemas de relacionamento. Além destes aspectos, apresentaram-se como menos populares, cooperativos, seguros, obedientes, alegres e tranquilos. No grupo de problemas com atenção menos evidenciados, verificou-se a concordância para a maior parte dos itens avaliados. A avaliação neurológica não se mostrou conclusiva para a identificação dos problemas de atenção, porém um dos exames foi mais eficiente que o outro. O perfil comportamental das crianças desatentas neste estudo, independente da intensidade com que estes problemas foram percebidos, revelou-se semelhante. A importância da professora e das observações em sala de aula mostrou-se essencial na identificação de problemas de atenção.

Palavras Chave: Atenção, Distúrbios da Atenção, Atitudes

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

1 - A atenção e o contexto escolar

Os problemas encontrados por crianças no período de escolarização, relacionados à falta de atenção, têm sido enfatizados por cientistas de diversas áreas, com destaque para os da saúde e educação, embora exista muita polêmica sobre eles, sobretudo no que diz respeito à sua etiologia.

Segundo WEISSBERG (1994), estima-se que 30% dos escolares americanos enfrentam este tipo de problema, totalizando vinte milhões de estudantes em 1996 (PELHAN, 1996). Apesar deste número ser expressivo, questiona-se freqüentemente a eficácia das práticas pedagógicas e terapêuticas utilizadas para identificação e manejo destes problemas (McARDLE et al., 1995).

Segundo BARBOSA (1994), não se tem enfatizado no Brasil, estudos que enfoquem problemas de atenção, relacionando-os com o fracasso escolar, não permitindo desta forma, que se tenha dados científicos a respeito da prevalência destes problemas.

Pode ser observado na publicação de um artigo, por SUCUPIRA, que os problemas relativos à atenção são descritos apenas como hiperatividade esta é concebida como comportamentos "... gerados por questões sociais, pedagógicas ou decorrentes da dinâmica familiar...." (1986, p.42).

Além de observar um descompasso de informações, pois cita-se a sintomatologia de hiperatividade como Disfunção Cerebral Mínima (DCM),

conceito, que já não se encontrava em uso desde o início da década de 70 nos Estados Unidos, país em que encontramos o maior número de estudos sobre o assunto, a hiperatividade não caracteriza por si só os casos de Attention Deficit Disorder (ADD), e tão pouco é comprovado que se possa atribuí-la aos fatores mencionados.

Muitas dúvidas ainda persistem, prejudicando a caracterização e o reconhecimento de que os problemas de atenção em escolares sejam importantes e motivo de estudo. São relevantes as buscas de definições de comportamentos, características e atitudes associados a estes problemas, para que sejam de valia como instrumental na busca de metodologias que auxiliem seu esclarecimento e possível minimização.

1.1 - Atenção e suas manifestações

O conceito de Atenção é multidimensional, embora destaque seja dado na literatura à atenção **seletiva**, que foi melhor estudada a partir de 1950, por diversas áreas do conhecimento, destacando-se a Neurologia, Psicologia, Filosofia e Pedagogia (DORON & PAROT, 1998, p.88).

O termo atenção é bastante genérico e designa os mecanismos hipotéticos responsáveis pela seleção de parte do universo de estímulos, que são relevantes entre todos aqueles aos quais o indivíduo se expõe diariamente (MESULAM, 1985).

Para BRUNNER & ZELTNER (1994 p.28), é uma "... atitude da consciência de uma pessoa por ocasião da percepção intencional de um objeto ou processo, dentro ou fora dos limites do corpo".

A atenção faz parte de nossa atividade diária e possibilita que, dentre os estímulos endógenos e exógenos aos quais o organismo se expõe, sejam selecionados aqueles que realmente são importantes para a realização das tarefas nas quais o indivíduo se envolve (SCHACHTEL ,1959; SHAFFER, 1989, apud EDDOWES et al., 1994).

Trata-se de uma função que tem uma dimensão orgânica, portanto dependente de mecanismos neurológicos para que seja processada; a maturação morfofuncional ocorre por volta dos 6,5 anos até 9 anos de idade e desenvolve-se gradualmente até os 12 ou 13 anos, período no qual apresenta substancial aumento (PERESLENI et al.,1991; EDDOWES et al.li,1994; ROMERO, 1995).

Numa retrospectiva do desenvolvimento infantil, cabe lembrar que, até 2 anos, a criança tem sua atenção controlada por certas configurações de estímulos, sem que seja possível exercer controle sobre ela. Entre 2 e 5 anos surge o controle **voluntário** e **seletivo** da atenção, e a partir dos 6 anos o controle da atenção passa a ser interno (BRIOSO & SARRIÀ, 1995).

ROMERO (1995) entende atenção como a capacidade demonstrada por um indivíduo de concentrar-se numa tarefa, ao mesmo tempo que é capaz de inibir outros estímulos que possam constituir-se em motivo de distração, sendo por esta afirmativa requisito essencial à aprendizagem.

A atenção denominada **voluntária** , tão importante quanto a seletiva, representa um nível de evolução da atenção, que vai sendo conseguida pela

criança com o passar do tempo. Designa uma situação em que a percepção, pensamento e ação da criança voltam-se para determinados objetos ou ocorrências, de forma concentrada e proposital (BRIOSO & SARRIÀ, 1995).

O uso adequado da atenção voluntária supõe o emprego de um nível de persistência suficiente para execução de tarefas por longo período de tempo, tarefa difícil para crianças que apresentam falhas de processamento da atenção (LUFU & PARISH-PLASS, 1995)

A atenção é um dos requisitos ou competências básicas da aprendizagem mais importantes, pois é necessária para que um estímulo seja percebido, elaborado e transforme-se em resposta, que deve ser avaliada, conforme poderá ser melhor apreciado posteriormente.

Segundo LURIA (1981), a abordagem neuropsicológica confere à atenção o status de imprescindível e precedente de todos comportamentos envolvidos no processamento da aprendizagem, por ser relevante não só para que ela se processe, mas também para que seja mantida.

BANDURA (1986) afirma que é necessário considerar-se a dimensão cognitiva da atenção, destacando que esta é uma função que não depende apenas da maturação biológica, mas também de situações em que este comportamento pode ser aprendido e desenvolvido.

Por ser relevante e imprescindível para o processo de aprendizagem, neste âmbito grande destaque é dado à falta de atenção, observada freqüentemente em alunos que fracassam na vida acadêmica.

1.1.1 - A falta de atenção

A falta de atenção é hoje considerada uma das grandes causas das dificuldades de aprendizagem, freqüentemente acompanhada de problemas comportamentais, de processamento cognitivo, ansiedade e desordens de humor, com enfoque principal para presença dos comportamentos anti-sociais (BIEDERMAN et al. 1993; EARLL & LICAMELE, 1995; SCHIMIDT et al. 1998).

Falhas manifestadas pelo atraso da atenção seletiva, dificultam as funções de memorização e organização do conhecimento, sendo freqüentemente motivo de dificuldades com o aprendizado (ROMERO, 1995).

SHEA (1996) afirma que é imprescindível a avaliação da atenção de escolares, apesar das dificuldades metodológicas implícitas nesta questão. Defende o uso de testes educacionais, observações realizadas em ambientes diferentes, escalas comportamentais respondidas por pais e professores, testagem intelectual e avaliação médica.

É comum verificar-se a presença de inúmeros sintomas concomitantes com os de falta de atenção tornando extremamente difícil o seu diagnóstico; além disso, a natureza dos sintomas apresentados é diversificada, o que contribui para que esta dificuldade aumente (PLISZKA, 1998).

BIEDERMAN et al. (1996), acompanhando 260 adolescentes e jovens adultos por quatro anos, 140 com diagnóstico de ADD e 120 como grupo controle, demonstraram que freqüentemente os sintomas de desatenção persistem e são acompanhados por sintomas psicopatológicos e disfunções que estavam presentes desde a infância, afirmando que a natureza dos sintomas e a concomitância levam a erros de diagnóstico, prognóstico e de tratamento.

O fato de muitos sintomas coexistirem nos casos em que a falta de atenção está presente leva a um questionamento se de fato é possível distinguir sintomas psicológicos e comportamentais nos distúrbios ou transtornos da atenção. A sintomatologia difusa propicia confusão para distinguir-se entre desordens afetivas, depressivas, de ansiedade ou de falta de atenção (EARLL & LICAMELE, 1995; PLISZKA, 1998; SCHMIDT et al. 1998)

Estes problemas não são privilégios de grupos étnicos ou de classes sociais, podendo ser observados sob a forma de Dificuldades e de Distúrbio ou Transtorno, que neste estudo será denominada ADD (Attention Deficit Disorder), embora na literatura seja mais comum o uso de ADHD (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity).

O uso da sigla apenas como ADD deve-se ao fato de muitas diferenças serem encontradas na nomenclatura, CARLSON et al. (1995) utilizam AD/HD, SEARIGHT et al. (1995) como muitos outros utiliza ADHD e HEILIGENSTEIN (1995), FAIGEL (1995) e FOODMAN & McPHILLIPS (1996) utilizam apenas a sigla ADD.

Outra consideração é que neste estudo, será utilizada a abreviação em inglês, por não haver consenso para o termo ou abreviação em português, já que se fala tanto em Distúrbio do Déficit de Atenção quanto em Transtorno da Falta de Atenção.

A ADD não é uma desordem atual, segundo STILL (1902 apud BARKLEY 1997 p.31), a primeira descrição de ADD foi realizada em 1902, quando acreditava-se na existência de lesão cerebral e na natureza hereditária da desordem.

BARKLEY (1990) relata que, no período compreendido entre 1900 e 1960, embora poucos estudos tenham sido realizados para descrevê-la e medicá-la, suas manifestações já eram descritas, sendo atribuídas a danos cerebrais causados por traumas ou infecções, cultivando-se a noção da existência de lesões cerebrais.

Do final dos anos 50 até o final dos anos 60, pelas dificuldades de comprovação de lesão, passou a acreditar-se que o cérebro, ainda que não lesado, apresentava falhas de processamento da atenção, levando a um distúrbio denominado Disfunção Cerebral Mínima, que ocasionava principalmente a Hiperatividade.

De fato, é a partir dos anos 70 é que os déficits de atenção ganharam espaço no cenário científico, tendo sido produzidos mais de dois mil artigos até o fim desta década, frutos de pesquisas na área (HECHMAN, 1979 apud BARKLEY 1990).

A partir da década de 80, e a com a implementação dos estudos acerca do tema, passou-se a destacar os aspectos cognitivos da ADD, com ênfase sobre a falta de autocontrole e impulsividade, e considerando a hiperatividade como fator que poderia ou não estar associado a ela (BRIOSO & SARRIÀ, 1995).

Neste período, surgiu a necessidade de serem estabelecidos critérios para o diagnóstico dos problemas de atenção, e aqueles que haviam sido descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais II (DSM-II) foram revistos e publicados na edição seguinte, o DSM-III, sem grande ênfase para a desatenção e impulsividade (BARKLEY, 1990).

Posteriormente em 1987, o DSM-III foi revisado, surgindo o DSM-III-R, que passou a se enfatizar a impulsividade e desatenção como sintomas da ADD (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987).

Atualmente a referência mais utilizada é a da AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), definindo critérios específicos e mais rigorosos, que permitem a identificação dos sintomas na maior parte das crianças que apresentam o problema (BARABASZ & BARABASZ, 1996).

A afirmativa de que a lista de verificação ou critérios do DSM-IV é um instrumento melhor do que o DSM-III-R para a detecção dos problemas de atenção foi contestada por BIEDERMAN et al. (1998), quando da realização de um estudo para verificar a existência de correspondência entre os critérios propostos em ambos instrumentos, concluindo que as mudanças foram mínimas entre ambos, não prejudicando a identificação e diagnóstico dos sintomas.

É comum, portanto, a utilização dos critérios diagnósticos, tanto do DSM-III-R, quanto do DSM-IV, apresentados sob a forma de *checklist* ou lista de verificação (GAUB & CARLSON, 1997) como auxiliares na detecção de problemas de atenção.

A importância destes critérios é grande, não apenas por tratar-se de critérios utilizados mundialmente para diagnóstico da ADD, mas também porque apresentam boa correlação com outros instrumentos que possuem objetivos semelhantes.

LAHEY et al. (1998) realizaram um estudo para verificar a validade dos critérios do DSM-IV, com 252 sujeitos em que a ADD foi verificada em 126 e os

outros 126 serviram como controle. Os critérios diagnósticos foram utilizados sob a forma de lista de verificação, com pais e professores. Os resultados revelaram diferenças consistentes entre os dois grupos, na identificação de falhas acadêmicas e sociais, considerando a utilização de outras medidas de funcionamento adaptativo.

A **definição** para ADD neste importante referencial teórico e prático aponta para a existência de um transtorno que se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele observado em indivíduos que estejam em nível equivalente de desenvolvimento.

Como a hiperatividade nem sempre está presente, definem-se três tipos de Distúrbio: o tipo predominantemente desatento, o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e o tipo combinado.

Segundo o DSM-IV (1994), o tipo ADD predominantemente desatento, para ser caracterizado, deve satisfazer seis ou mais dos nove critérios de desatenção propostos abaixo, que devem persistir por mais de seis meses :

1. Freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
2. Com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
3. Com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.
4. Com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou capacidade de entender as instruções).
5. Com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.

6. Com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
7. Com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo: brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).
8. É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
9. Com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.

O tipo ADD predominantemente hiperativo-impulsivo, para ser caracterizado deve satisfazer seis ou mais dos nove critérios de desatenção propostos abaixo, que devem persistir por mais de seis meses :

Hiperatividade

1. Freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
2. Freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
3. Freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).
4. Com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividade de lazer.
5. Está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor".
6. Freqüentemente fala em demasia.

Impulsividade

7. Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas.
8. Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez.
9. Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo intromete-se em conversas ou brincadeiras).

O tipo ADD combinado refere-se à satisfação de seis ou mais dos nove critérios de desatenção e a seis ou mais dos critérios de hiperatividade e impulsividade.

Destaque-se que os sintomas referidos sempre devem estar presentes há no mínimo seis meses, que deve haver clareza da existência de prejuízo no funcionamento social, acadêmico e ocupacional. Para que possam ser considerados, estes prejuízos não podem ser melhor explicados por outra síndrome já definida e devem estar presentes antes da idade de sete anos.

Mesmo como critério de aceitação mundial, o fato dos sintomas deverem estar presentes antes dos sete anos é visto com dúvidas por APPELATE et al. (1997), que demonstraram que, dentre 380 sujeitos por eles estudados com diagnóstico de ADD, 18% de ADD tipo combinado e 43% do tipo desatento não exibiam sintomatologia antes de sete anos, colocando em cheque a validade do critério idade, afirmando ser este um dos aspectos dificultadores do diagnóstico.

Algumas contribuições importantes para a definição de ADD, sobretudo com enfoques sobre o comportamento, foram feitas por COUSINS & WEISS (1993), que na definição de ADD defendem a idéia de que trata-se de uma síndrome crônica e de difícil tratamento, que afeta sobretudo o ajuste nos âmbitos acadêmico, social e emocional da criança.

A definição de FAIGEL (1995) para ADD é que trata-se de uma desordem neurológica, relatada como disfunção do núcleo noradrenérgico no córtex pré-motor e pré-frontal superior e corpo estriado, onde existem falhas de modulação da impulsividade e distrabilidade, que se transformam clinicamente em problemas de comportamento.

MURPHY & BARKLEY num estudo realizado em 1996 afirmam que a ADD é uma desordem do desenvolvimento em que se destacam principalmente a presença de comportamentos impulsivos e dificuldades em controlá-los.

Em estudo mais recente, BARKLEY (1997) define como ponto principal da ADD a dificuldade em manter o autocontrole ou ausência do mesmo, ocasionada pela pobre sustentação da atenção e controle de impulsos, pouco investimento e manutenção do esforço, modulação deficiente do despertar quando necessário, forte tendência a buscar reforço imediato e dificuldades com o controle dos impulsos. Esta visão é a mais recente proposta de construção de um modelo neuropsicológico das funções executivas e do autocontrole para entendimento da ADD.

A falta de autocontrole como elemento essencial à definição da ADD também é destacada por LEUNG & CONNOLY (1996) como ponto central da definição, com referência especial para três aspectos do autocontrole : a organização do processamento de informação, a mobilização da atenção através do processamento da informação e a inibição de respostas impróprias.

Quanto à **prevalência** da ADD, é possível dizer que os índices são controvertidos, devido provavelmente às características diversificadas dos

estudos, sistemas variados de classificação utilizados, métodos de coleta de dados e tipos de avaliação diferenciados (McARDLE, 1995).

ROSS & ROSS (1982 apud BARKLEY 1990) chegaram a obter resultados para a prevalência de ADD de 20% da população de escolares; a maioria dos índices encontrados por estudiosos da área varia de 1% a 15%, com hiperatividade presente ou não (CARRASCO et al., 1995; COCCIARELLA et al. 1995; O'CONNEL, 1996; PERRIN & LAST, 1996).

BARKLEY, no entanto, afirma que a ADD está presente em cerca de 3% a 5% da população de escolares; este índice é o mesmo defendido pela American Psychiatry Association (1987 e 1994).

WALLAUER et al. (1996) afirmam que, a despeito da prevalência encontrada, apenas metade das crianças portadoras de ADD, é de fato diagnosticada e continua a exibir a sintomatologia mais ou menos intensa ao longo de sua adolescência e vida adulta.

Para HEILIGENSTEIN et al. (1995), cerca de 70% das crianças que exibem sintomas de ADD na infância continuam a exibí-los durante a adolescência e vida adulta e estão mais predispostos nestes períodos aos uso e abuso de drogas e à delinqüência e transgressões sociais.

Tanto quanto a prevalência é importante verificar a associação de ADD ao **sexo**, dados da American Psychiatry Association (1994), definem uma superioridade para o sexo masculino que atinge a uma proporção que pode variar de 4 a 9:1

CARRASCO et al. (1995) afirmam que apesar de se ter claro o sexo masculino é predominante, existe necessidade de estudos que abordem estes

aspectos, inclusive que sejam esclarecedores de motivos a que se associa esta prevalência.

Segundo dados da Children and Adults with Attention Deficit Disorders (CH.A.D.D., 1998), respeitada associação americana com a finalidade de oferecer suporte técnico a pacientes, pais, e outros profissionais a incidência para o sexo masculino é maior numa proporção que atinge a proporção de 3:1; autores como SEARIGHT et al. (1995) e BARKLEY (1997) concordam com esta proporção.

FAIGEL (1995) afirma, através de um estudo com adolescentes, que em seus estudos não foi verificada diferença entre a prevalência para um dos sexos, embora aponte para o fato de a manifestação dos sintomas de hiperatividade e agressividade ser mais evidentes no sexo masculino.

Num estudo realizado por BARABASZ & BARABASZ (1996), os autores questionam a prevalência para o sexo masculino poder de fato não condizer com a realidade e que o que de fato é maior no sexo masculino é a presença de comportamento agressivo; por serem as meninas mais contidas socialmente, é possível que elas mascarem mais a sintomatologia.

A **etiologia** dos problemas de atenção é outro aspecto que tem sido amplamente discutido, havendo unanimidade em afirmar que eles podem ser decorrentes de fatores internos e externos ao indivíduo.

Os fatores internos referem-se especificamente ao fato de ser denominado como decorrente de desordens neurobiológicas; fatores externos estão relacionados a possíveis complicações surgidas durante a gravidez, incluindo uso de drogas.

Os fatores neurobiológicos presentes do ADD são descritos na maioria dos estudos sobre o tema como depressão no metabolismo da glicose, deficiência de neurotransmissores, padrão anormal de ondas cerebrais e diferenças estruturais; no entanto, para os pesquisadores, as manifestações residem em definir em que lugar específico estes problemas são originados e como os sistema cerebrais interagem para produzir comportamentos característicos (O'CONNELL, 1996).

BARKLEY (1990) afirma que a etiologia da ADD pode ser definida por fatores neurológicos, achados psicofisiológicos, toxinas ambientais, efeitos colaterais de medicação, fatores genéticos e fatores ambientais.

Alguns estudos têm se destinado à investigação da associação entre ADD e fatores genéticos. LEVIN (1995) relata que esta é uma possibilidade concreta, observando que irmãos de crianças ADD são três vezes mais susceptíveis a apresentá-la também.

Os fatores de risco também devem ser considerados quando se aborda a questão da etiologia; um estudo de O'CONNELL (1996) aponta para a necessidade de serem investigados, por exemplo, a presença de alguém da família que tenha manifestado ADD, uso de medicações, problemas de saúde, presença de desordens mentais, anormalidades cromossômicas, exposição a toxinas.

Quanto ao **diagnóstico**, BARBARESI (1996) afirma que como em outros problemas de desenvolvimento e comportamento, é impossível que um único profissional e de uma só área seja capaz de dar conta da metodologia necessária para a avaliação do ADD e que muitas vezes o médico se esquiva de tratar estes problemas porque não está preparado suficientemente para o seu diagnóstico.

Pelas peculiaridades dos sintomas exibidos nos casos da ADD e pela dificuldade de compreensão dos mesmos, o diagnóstico deve ter caráter multidisciplinar, devendo ser realizado por profissionais da saúde e educação.

Não existem materiais específicos e padronizados para avaliação do ADD; por este motivo, a busca tem sido incentivada e existe uma mobilização de profissionais de áreas diversas para a consecução desta meta.

No início da avaliação do ADD, quando se coletam as queixas, é extremamente importante a participação de pais, professores, colegas e médico que acompanham o desenvolvimento da criança, numa perspectiva familiar, escolar, social e médica, verificando-se cuidadosamente a duração dos sintomas e seus efeitos no envolvimento da criança em casa, na escola e em outras atividades (BARBARESI, 1996).

A avaliação médica destas crianças habitualmente é composta por exames específicos e história comportamental, além da rotina de avaliação de peso, altura, visão, audição, pressão arterial, exame neurológico e do neurodesenvolvimento (SHEA et al., 1996).

FOODMAN & McPHILIPS (1996) valorizam principalmente a utilização dos exames neurológicos e do neurodesenvolvimento, ao descrever em que existe concomitância de sintomas de ADD e problemas com a linguagem, com a grafia, com as motricidades global e fina.

Segundo os autores supracitados, alterações sensoriais estão presentes, manifestadas sob a forma de hipersensibilidade e dificuldades com a integração auditiva, visual, oral e olfativa e o grande desafio é estabelecer conexão entre estes sinais, denominados *softs* e os comportamentos exibidos pela criança ADD.

PINE et al. (1997), descrevem "sinais neurológicos *softs*" como as "várias anormalidades encontradas num exame neurológico e que não se acredita fazer parte da síndrome..." que se está examinando, como por exemplo movimentos involuntários, coordenação motora abaixo do esperado e anormalidades sensoriais.

Para profissionais de outras áreas, encontram-se disponíveis outras avaliações, destacando-se que há uma concentração sobre as entrevistas, utilizadas com a finalidade de investigar o escopo das dificuldades apresentadas por crianças com problemas de atenção, além das técnicas de observação direta dos comportamentos em diferentes situações.

Provas gráficas, para investigação de traços da personalidade também tem se mostrado eficientes no auxílio da identificação e classificação dos déficits de atenção (INOUE et al., 1998).

COTUGNO (1995) , por exemplo através do uso do teste de personalidade RORSCHACH, avaliou um grupo de 40 crianças com diagnóstico de ADD, encontrando maior evidência de sentimentos de isolamento e desconforto, menor envolvimento social, evitação das decisões e maior dependência.

A avaliação em sala de aula, através de observações dirigidas, sondando as possíveis variáveis que neste ambiente ocorram e que possivelmente interfiram na problemática exibida pela criança, tem sido bastante valorizada. Há destaque ainda para o fato destas observações servirem como base fundamental para a futura proposta de intervenção (ERVIN et al., 1998).

Pais e professores são citados em grande parte dos estudos como figuras fundamentais ao processo diagnóstico. Muitas escalas são construídas

especialmente para serem respondidas por eles, como por exemplo a lista de verificação do DSM-III-R e DSM-IV (GAUB & CARLSON,1998, OSTRANDER et al.1998).

TIROSH et al. (1998) destacam, através dos resultados obtidos em seu estudo com pais e professores , para identificação de ADD, que professores são mais sensíveis para a percepção destes problemas, sobretudo porque envolvem questões ligadas ao aprendizado especificamente.

Em relação ao **período** em que as **avaliações** são realizadas, é preciso destacar que a maioria dos estudos tem focado a faixa etária de 7 a 9 anos como propícias, talvez pelo fato de serem as manifestações comportamentais da ADD mais evidentes neste período (KANBAYASHI et al.,1994), sendo que é neste momento que a exigência do nível de atenção é maior (WALLAUER,1996).

De outra forma, alguns autores defendem que as avaliações sejam realizadas o mais cedo possível, por volta de 3 ou 4 anos, possibilitando uma intervenção precoce, capaz de minimizar os resultados escolares negativos a serem enfrentados mais tarde (CARLSON et al.,1995, CARRASCO et al.,1995).

LAHEY et al. (1998) defendem a validade dos critérios diagnósticos contidos no DSM-IV, especialmente para crianças na faixa etária de 4 a 6 anos, através de entrevistas com pais e professores, após terem sido controladas as variáveis que poderiam interferido de maneira a invalidar o estudo.

1.2 - Atenção e aprendizagem

Embora as concepções sobre a aprendizagem sejam muitas e com enfoque bastante diferenciados, há unanimidade em considerá-la fundamental na vida do ser humano, já que a maioria dos comportamentos exibidos ao longo da vida são aprendidos.

As pesquisas sobre a aprendizagem, no contexto behaviorista, tiveram grande desenvolvimento entre os anos de 1910 e 1960, iniciadas com estudos etológicos, passaram pela descoberta de formas de aprendizagem, pela formulação de leis até chegarem à elaboração de teorias da aprendizagem, destacando nomes como HULL, TOLMAN E SKINNER (DORON & PAROT, 1998, p.76).

Segundo este modelo, originado das descobertas de Pavlov, ao descrever as relações entre organismo e ambiente, a aprendizagem é um processo que ocorre quando um indivíduo, em virtude de determinadas experiências, produz novas respostas, modifica as respostas existentes ou estabelece novas relações entre sua atividade e o ambiente ou meio no qual se insere (DEL RIO, 1996).

Trata-se de um processo da apropriação e mudança comportamental ou cognitiva, que não pode ser avaliado diretamente, mas através do chamado rendimento da aprendizagem, mostrado durante ou após o processo de aprendizagem.

A maioria das aprendizagens significativas é produzida em um contexto social, havendo necessidade do estabelecimento de inter-relações para que ela

ocorra, todos os tipos de alterações que ocorrem no processo de aprendizagem são decorrentes da interação indivíduo/meio.

O indivíduo adquire novas respostas através da evolução e reestruturação das respostas já estabelecidas anteriormente, e todas as mudanças ocorridas são mais ou menos duradouras, de acordo com a qualidade e intensidade de experiência e da história do indivíduo. Assim, ambientes com número considerável de estímulos são mais propícios a um número maior de aquisições, bem como proporcionam maior possibilidade de provocar experiências duradouras e consistentes.

Uma concepção de aprendizagem relevante, que enfoca especialmente a instrução, foi formulada por GAGNÉ (1965 apud BASIL & COLL 1996), e posteriormente por GAGNÉ & BRIGGS (1978). Esta concepção distingue capacidades como informação verbal, habilidades intelectuais, estratégias cognitivas, atitudes e habilidades motoras, que correspondem a classes ou resultados de aprendizagem, que requerem condições internas e externas, para que a aprendizagem seja otimizada, retida e transferida.

A obra de GAGNÉ é extensa e importante, tendo passado até o momento por inúmeras revisões desde a publicação original em 1965. A concepção de aprendizagem e memória de GAGNÉ, foi inspirada no modelo de processamento de informação de ATKINSON E SIFFRIN (1968, apud BASIL & COLL 1996), postulando que a função dos fatores internos são responsáveis pela previsão da entrada de estímulos, o fluxo que estes estímulos seguem e seu armazenamento para posterior utilização.

Os fatores externos também têm papel relevante, já que podem interferir positiva ou negativamente nos fatores internos.

O modelo de processamento de informação pressupõe a realização mental de operações lógicas que numa comparação extremamente simplificada, assemelham-se a um computador, com entrada de informação, elaboração das mesmas e resposta ao meio, embora não signifique apenas isto, pois visto desta forma, parece tratar-se apenas de processamento de dados (PFROMM NETO, 1987).

Um cientista da atualidade que tem usado o Modelo de Processamento das Informações é OAKLAND (1994); postula que a aprendizagem possui três dimensões: presença de competências necessárias, conhecimento destas competências e utilização adequada que se faz delas.

O Modelo utilizado pelo autor supracitado pressupõe a existência de três momentos distintos para que a aprendizagem ocorra: o INPUT, ou entrada, através do qual o indivíduo permite que os estímulos do meio sejam percebidos ; o PROCESSING ou operações, nas quais ocorrem a elaboração e a ordenação dos estímulos aos quais o indivíduo se expôs; e o OUTPUT, ou saída que se refere à manifestação comportamental ou conjunto de respostas decorrentes da elaboração dos estímulos.

O INPUT designa toda a informação proveniente do exterior, captada pelo indivíduo; envolve competências como **Atitude** (da criança direcionada a si, à escola, à professora, aos colegas, ao aprendizado, a objetos específicos e à importância da educação para seu futuro), **Motivação** (especialmente para aprendizagem), **Expectativa** (em relação ao sucesso, por parte da criança, seus

pai e educadores), **Atenção** (necessária para a recepção de estímulos e elaboração e aquisição sob a forma de aprendizagem).

O PROCESSING designa os encadeamentos de operações internas, mentais, principalmente de tratamento da informação, envolve competências como Memória e Compreensão (Generalização).

Finalmente, o OUTPUT designa o resultado final ou o produto de um dispositivo de transformação ou tratamento de dados, envolve como competência básica a capacidade de produção de respostas, incluindo a capacidade de avaliá-las (Auto-avaliação).

1.3 - Atenção e fracassos na aprendizagem

As aprendizagens a que uma pessoa se expõe são adquiridas e não podem ser atribuídas a fatores genéticos. Fazem parte de um processo maior denominado educação, que somente é utilizado para focar as aprendizagens humanas, e que tem como objetivo principal formar uma pessoa, para que seja integrada e ativa socialmente, usufruindo de suas capacidades, emoções, atitudes e dos valores adquiridos (PFROMM NETO, 1987).

Para PALACIOS et al. (1995 p.334), o papel da educação é "...criar desenvolvimento", que é construído a partir de desenvolvimento já existente, levando sempre a pessoa além daquele ponto alcançado.

Afirma ainda que falar em educação é falar num fenômeno essencialmente social, através do qual se assegura a coesão e continuidade do grupo social, que

integra valores, costumes, sentimentos, atitudes, interesses e outros aspectos comuns ao grupo.

A educação denominada escolar, apesar do interesse e de ter sido melhor estudada por outras disciplinas, passou a despertar o interesse de psicólogos educacionais, a partir dos anos cinqüenta, quando da necessidade de se estudar melhor o processo ensino/aprendizagem (COLL & BOLEA, 1996).

As aprendizagens formais, transmitidas pela escola, essencialmente dependem, para que sejam processadas da integração do pensar, sentir, falar, ouvir e agir, influenciados pela ação constante de fatores internos e externos ao indivíduo, quer sejam eles de origem orgânica, cognitiva e emocional (internos), quer sejam de origem social e pedagógica (externos) (WEISS, 1992).

Assim, quando uma criança apresenta problemas para aprender, os mesmos podem ser investigados de diferentes formas e com metodologias distintas, com alguns teóricos defendendo a idéia que eles podem ser mais atribuídos a fatores internos e outros que os atribuem aos fatores externos (ROMERO, 1995).

É senso comum dizer que os problemas de escolaridade são definidos pela incapacidade apresentada por um aluno de cumprir os conteúdos mínimos definidos como padrão para o seu grupo, independentemente de ter esta incapacidade causada pelos fatores internos ou externos.

Os problemas com a aprendizagem, vistos como dificuldades ou como distúrbios, podem ser analisados sob três perspectivas: a da escola, social e do aluno. A da escola refere-se a adequação da metodologia, condições materiais e humanas da escola e outros componentes que dizem respeito estritamente ao

aspecto de abordagem do aluno. A perspectiva social diz respeito a condições político-sociais, econômicas e de estrutura social e a perspectiva do aluno, refere-se à presença ou ausência de competências básicas e ao tipo de relações mantidas com o meio em que vive o aluno (WEISS, 1992).

Os problemas com a aprendizagem causados pela falta de atenção são muito comuns e presentes na sala de aula e, embora sejam atribuídos a fatores internos, é preciso lembrar que alguns fatores externos podem influenciar, interferindo na qualidade da atenção empregada pela criança em situações escolares.

As crianças que manifestam nível inadequado de atenção no contexto escolar geralmente exibem comportamentos incompatíveis com aqueles necessários à aprendizagem, fracassando pela dificuldade que apresentam para que as tarefas sejam iniciadas, concluídas, mudanças sejam feitas e organizadas em diferentes níveis.

As condições expostas são agravadas pelo fato de apresentarem uma ausência maior de conscientização em relação às exigências das tarefas a serem cumpridas.

BARABASZ & BARABASZ (1996) afirmam que não existe necessariamente falha quanto às estratégias que devem ser empregadas para realizá-las, mas sim na definição destas estratégias, pela prematuridade apresentada em responder, sem que a tarefa seja avaliada como um todo.

HART et al. (1995) afirmam que a associação da ADD com falhas ou problemas na aprendizagem ocorre muito mais pela apresentação de falhas

condutuais e comportamentais manifestadas, do que por déficits cognitivos ou intelectuais.

Isto parece ser comprovado por DIENER & MILICH (1997) ao estudarem a auto-avaliação de crianças ADD, no que se refere à aprendizagem, concluindo que existe uma tendência destas crianças em se auto-valorizar como processo de auto-proteção, observando ainda que, ao receberem *feed-back* positivo em relação à aprendizagem, são capazes de relaxar sua postura defensiva e realizar auto-avaliações mais realistas, que podem levar a uma conscientização de suas falhas.

Por serem o palco dos problemas com a aprendizagem, é bastante comum que as salas de aula sirvam como laboratórios para a investigação e ensaios de intervenções nas pesquisas da ADD (GREENE, 1995; ERVIN et al., 1998).

Crianças que apresentam ADD caracterizam-se por exibirem sintomatologia semelhante, que inclui desorganização, dificuldade em terminar tarefas que são iniciadas, freqüente desalinho, sensação de estarem sonhando de dia, impulsividade e alheamento do contexto de sala de aula (BARKLEY, 1990).

SEIDMAN et al. (1997) afirmam que a maior dificuldade da ADD é a manifestada com a difícil adaptação às situações de forma geral, o que contribui para as falhas apresentadas nos diversos âmbitos da vida da criança, especialmente no contexto da aprendizagem formal.

2 - As Atitudes e o contexto escolar

Atitude é um conceito central da Psicologia Social, que vem sendo utilizado desde 1920; com extensivo desenvolvimento tanto teórico quanto experimental, é eficiente auxílio para definir-se como as pessoas percebem e sentem as outras ou como se comportam em relação a elas.

Pelo fato de ser comum as pessoas se comportarem nos diversos ambientes, de acordo com as atitudes que apresentam frente ao mesmo, seu estudo e entendimento são indispensáveis quando se quer focar as formas de relacionamento e comportamento no grupo social (PISANI et al., 1996).

2.1 - Atitudes: definições, formação e mudanças

Existe na literatura, grande número de definições ou conceituações de atitude, evidenciando que nem sempre este termo é entendido da mesma forma; segundo ALLPORT (1935) e DOBB (1947 apud EAGLY & CHAIKEN 1993) atitude é vista como um constructo de base genética, que apresenta pouca transitoriedade.

Para CAMPBELL (1963), pode ser vista como uma tendência ou disposição comportamental adquirida, que, sendo aprendida, cria uma inclinação no ser humano para que ele responda de modo particular (apud EAGLY & CHAIKEN, 1993), prevê-se que não durem muito tempo, e, além de temporárias são mutáveis, de acordo com a importância que têm para cada pessoa.

Muitas vezes é utilizado como sinônimo de motivo, humor, temperamento, opinião, sendo difícil diferenciar seu sentido. EAGLY e CHAIKEN (1993), no

entanto, afirmam que a atitude apenas é demonstrada quando o objeto da atitude pode ser observado, a ele sejam dirigidas respostas que traduzam um nível de avaliação.

Este estado de avaliação é dirigido a uma entidade ou coisa denominada objeto da atitude e é interveniente entre estímulos respostas, influenciando-as. A avaliação realizada pode ser positiva ou negativa, provocando respostas de atração ou aversão, concordância ou discordância, afirmação e negação e outras similares a estas.

DAVIS (1965) realizou uma minuciosa revisão do termo, encontrando em comum o fato de ser a atitude uma entidade inferida, porém deduzível pela possibilidade de observações de seus resultados e o fato de implicar uma tendência orientada para o objeto da atitude (apud PISANI, 1996).

Na opinião de MYERS (1987), as atitudes podem prever o comportamento humano, no caso de outras influências serem minimizadas, das mesmas corresponderem a um comportamento específico e à medida que se tem consciência delas, possibilitando assim, uma conexão entre o que uma pessoa pensa, sente e faz (SAVOIA & CORNICK, 1989).

MUNÉ (1980) afirma que a formação de atitudes se dá a partir dos seguintes fatores: **informação recebida**, pois existe a necessidade de saber algo sobre uma entidade ou objeto para que se tenha alguma atitude em relação a ele; **grupo de identidade**, necessário para a sobrevivência social, no qual são definidas as regras de comportamento e as **necessidades pessoais**, retratadas pelo grau de satisfação de cada pessoa (apud SAVOIA & CORNICK, 1989)

Para BANDURA (1976), as atitudes são adquiridas juntamente com valores e padrões de conduta social, através da aprendizagem e imitação (apud BASIL & COLL, p.49).

Como resultado de uma avaliação interna e própria de cada indivíduo, que pode ser realizada entre entidades concretas ou abstratas, as atitudes possuem três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental.

O componente **afetivo** é caracterizado pelo conjunto de sentimentos e afetos dirigidos ao objeto da atitude, que traduzem uma atitude positiva quando são agradáveis ou negativa quando são desagradáveis (PISANI et al., 1996).

O componente **cognitivo** é caracterizado por representações mentais internalizadas, como crenças e pensamentos a respeito de um objeto que podem ou não corresponder à realidade. Este componente é bastante complexo e influencia os demais, principalmente o afetivo.

Componente **comportamental** é aquele caracterizado pela tendência ou prontidão para responder ou agir de forma evidente numa situação particular em relação ao objeto da atitude. Existe uma predisposição em que a ação ou comportamento são consonantes com os demais componentes.

Segundo PISANI et al. (1996) existem três dimensões a serem consideradas nas atitudes: o extremismo, a complexidade e o isolamento. Extremismo refere-se ao grau de intensidade da atitude em relação a um objeto; complexidade refere-se ao grau de sofisticação de um atitude; e isolamento, ao grau em que uma atitude se relaciona e se integra com outras.

A mensuração das atitudes é tarefa bastante difícil e, tal qual personalidade, sentimentos e emoções, geralmente é realizada pelo uso de instrumentos não

calibrados, carentes de normas e podem coletar dados mutáveis de semana para semana (OAKLAND,1997); habitualmente utilizam-se questionários sob a forma de escalas, métodos projetivos, observação de comportamentos e medição de reações fisiológicas (BRENNER & ZELTNER,1994, p. 28).

2.2 - Atitudes e desempenho escolar

O estudo das atitudes é especialmente importante para o entendimento de como ocorre o aprendizado, já que, ao lado da atenção e outras funções, a atitude também é considerada competência necessária ao bom desempenho escolar.

As atitudes influenciam o comportamento, que é toda atividade de um organismo vivo em relação com seu ambiente, resultante da interação de determinantes biológicos (saúde, maturação física, informações genéticas, dieta, etc.), ambientais (financeiro, físico, social, educacional, psicológico, etc.) e pessoais (familiar, motivacional, persistência, atitudes e interesses, etc.) (OAKLAND,1994).

No contexto escolar, a observação das atitudes é extremamente relevante: estudos demonstram que atitudes positivas em relação à aprendizagem predis põe ao sucesso e atitudes negativas ao fracasso (BEE, 1997).

O maior número de atitudes negativas apresentadas frente aos fracassos na aprendizagem é manifestado em sala de aula, provavelmente pela falta de capacidade em manejar os insucessos acadêmicos e essencialmente pelas dificuldades sociais (LUFU & PARISH-PLASS,1995).

No caso dos escolares que apresentam a ADD, existe grande ênfase para a sua associação com atitudes negativas, direcionadas aos contextos familiar, social e acadêmico, o que propicia dificuldades de envolvimento inadequado em seus relacionamentos interpessoais.

As atitudes negativas exibidas por crianças com ADD definem um perfil comportamental particular, com características que merecem destaque, já que a ADD é diagnosticada primordialmente pela história e relações entre comportamentos (SHAYWITZ et al., 1997).

A qualidade da atenção é importante também para a definição de comportamentos a serem exibidos, pois contribui significativamente para que uma pessoa seja capaz de organizar seus comportamentos e também para que a mesma possa controlá-los (BARLEY, 1997).

Entende-se como perfil comportamental o conjunto de comportamentos e características, exibidos por um indivíduo ao longo de sua vida, em relação ao meio em que vive.

O perfil comportamental que cada indivíduo exhibe define o seu nível de ajuste social, e é possível dizer que conseguir uma interação social ajustada é uma grande tarefa a ser cumprida por um indivíduo ao longo de sua vida.

A criança ADD exhibe uma série de comportamentos considerados inadequados, que tornam-se responsáveis pelas dificuldades que elas enfrentam ao tentarem ajustar-se socialmente, e este ajuste esperado é definitivamente importante para o sucesso na aprendizagem escolar.

As dificuldades comportamentais ou condutuais que apresentam vão se somando, e os fracassos se generalizando para da vida social, para a vida

emocional e principalmente para sua vida acadêmica e, considerando que a escola e a família são instituições sociais de grande repercussão, ela enfrenta grandes obstáculos, pois não é tida como adequada nem na relação com a família e tão pouco com os relacionamentos mantidos na escola (CUBERO & MORENO, 1995).

Estabelece-se um círculo de comportamentos apresentados, de tal forma que não se sabe se alguns comportamentos são originados ou originam outros. Embora as crianças portadoras de ADD não possuam problemas com a saúde mental e razão, menos ainda com a capacidade de adquirir conhecimentos, seu desempenho escolar apresenta-se pobre desde a infância até a vida adulta (HEILIGENSTEIN, 1995).

A oscilação constante do humor e a falha na finalização de tarefas domésticas e acadêmicas resultam em conseqüências negativas para a performance exibida nestes contextos.

Existe, por parte de crianças com problemas de atenção, uma tendência em simplificar os estímulos, para que sejam evitados aqueles emocionalmente carregados, permitindo que os fracassos sejam menos percebidos, através da não percepção ou distorção das informações (COTUGNO, 1995).

Os estudos demonstram que crianças ADD sofrem grande rejeição sobretudo na escola pela dificuldade que apresentam em seguir normas e regras, o que implica uma atitude negativa por parte de professores e colegas em relação a elas (JEROME et al., 1994).

Para GREENE et al. (1995), as atitudes negativas dos professores em relação às crianças com problemas de atenção podem influenciar a rejeição por parte dos colegas, intensificando-as.

Cabe salientar que, tão importante quanto a qualidade da relação professor/aluno, para a consecução das metas da aprendizagem escolar, é a relação aluno/aluno, que é tida como decisiva para o processo de socialização da criança, para a aquisição de habilidades, controle de comportamentos agressivos, rendimento escolar e outros (SALVADOR, 1994).

A relação com seus pares, iguais ou colegas, quando baseada na igualdade, reciprocidade e cooperação, leva uma criança a adquirir controle sobre seus comportamentos agressivos na mesma medida que leva à afirmação e ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (CUBERO & MORENO, 1995). Este é outro aspecto complexo para a criança ADD, na medida que o seu envolvimento com as pessoas de uma maneira geral é comprometido.

Da mesma forma que estas crianças sofrem a rejeição dos professores e dos colegas, no ambiente escolar, também a sofrem por parte dos pais, no âmbito familiar, que constantemente exibem atitudes ambivalentes em relação aos comportamentos exibidos pela criança ADD.

A visão de LEUNG et al.(1994), para o comportamento ambivalente dos pais é que estes sentem-se muitas vezes exaustos e frustrados, por assumirem-se incapazes de ajudar seus filhos.

BENNET et al. (1996) demonstram em seus estudos que, quando os pais são de fato, capazes de perceber os problemas de comportamento e/ou

agressividade em seus filhos, passam a colaborar com as intervenções propostas, mesmo quando o uso da medicação é necessário.

A rejeição continuada e constante das crianças ADD é negativa na vida destas crianças, nos mais diversos contextos em que ela se insere. Estudos a respeito da rejeição foram conclusivos ao afirmar que a mesma predispõe não apenas ao baixo desempenho escolar, como também a transtornos de conduta na escola, capaz de prever problemas a longo prazo (MUSSEN, 1995).

Existe uma tendência para a persistência da rejeição ao longo da vida, sendo mais comum que crianças rejeitadas usem a agressividade como comportamento útil à solução de seus problemas (BEE, 1997).

As chances de sucesso, desta forma, são reduzidas pelo tipo de problemas que crianças ADD experimentam, e, conforme bem salientam DOWNE & McDOUGALL (1995), crianças que experimentam fortes relações com seus colegas de classe experimentam maior sensação de competência social e este aspecto é determinante para o sucesso.

2.3 - Agressividade e autocontrole

A agressividade foi pesquisada com bastante rigor num estudo importante realizado por GOODENOUGH (1931 apud BEE, 1977), que muito contribuiu para a sua apreciação, na faixa etária de dois a cinco anos.

Presente desde o início das relações interpessoais, as respostas agressivas presentes na criança pequena tendem a diminuir e dar espaço para respostas elaboradas, com a melhora da verbalização (BEE, 1997, p.242).

BALDWIN (1980), no capítulo intitulado "A teoria da aprendizagem social do desenvolvimento da criança", define agressão ao citar o livro *Frustration and Agression* publicado em 1939, como "toda agressão seja dependente da frustração", acrescentando que além de inevitável é adquirida, embora algumas reações agressivas possam ser observadas em situações onde a frustração não está presente.

BANDURA & WALTERS (1963 apud BALDWIN 1980) afirmam que a maior parte das agressões exibidas por uma criança são comportamentos, fruto de aprendizagem, adquiridos através da imitação quando tais respostas foram diretamente reforçadas.

FRESBACH (1970 apud BEE, 1997 p.239) define agressão como "comportamento com a intenção aparente de machucar outra pessoa ou objeto".

A agressividade, como manifestação comportamental de crianças desatentas, associa-se assim ao fato de apresentarem limiar de frustração mais baixo que o encontrado em crianças em que estes problemas não estão presentes; o uso da agressividade serve como defesa de situações a que são expostas e apresentam dificuldade para enfrentar (ERHARDT & HINSHAW, 1994)

Quando a hiperatividade está presente, os problemas da agressividade são maximizados, provavelmente decorrentes da tênue apreciação que fazem das conseqüências sociais, éticas, morais e legais para os comportamentos exibidos (GRIZENKO & PAWLIUK, 1994; CASAT et al. 1995; WADMAN, 1996).

BIEDERMAN et al. (1996), num importante estudo que acompanhou adolescentes com ADD por quatro anos, verificaram que aqueles sujeitos que apresentaram comportamentos agressivos apresentaram também maior nível de

dificuldades de adaptação, problemas escolares e cognitivos. Este estudo mostrou também a propensão dos sujeitos ao uso de drogas e à delinquência.

Fazem parte também do perfil comportamental destas crianças pouco esforço, presença de inibição, falta de organização, além da ansiedade e depressão como características em número considerável de casos (LUFU & PARISH-PLASS, 1995).

MURPHY & BARKLEY (1996) estudaram os tipos e qualidade de contato mantidos por crianças ADD e concluíram que elas agem melhor no contato um a um do que no grupo e que o comportamento é mais adequado na presença do pai do que da mãe, porque, segundo os resultados deste estudos, os pais agem mais e falam menos, sendo que o inverso é verdadeiro para as mães (MURPHY & BARKLEY, 1996).

No que diz respeito a suas qualidades e habilidades, as crianças com manifestação de problemas de atenção encontram grande dificuldade na sua utilização, dando lugar apenas para os comportamentos e características negativas, que provocam a rejeição da maioria das pessoas que com elas convivem (BRIOSO & SARRIÀ, 1995).

Segundo KAPLAN et al. (1995), a ADD é explicada essencialmente em termos de manifestações comportamentais inadequadas, e toda investigação a este respeito deve prever o uso de técnicas que enfoquem a observação de características e comportamentos.

As crianças hiperativas são tidas como mais agressivas, por apresentarem uma dificuldade pontual de manter o controle e refrear comportamentos, o que

contribui para que sejam constantemente rejeitadas, quando verificado o status sociométrico.

A falta de autocontrole é manifestada pela incapacidade de uma pessoa moderar seu próprio comportamento, considerando necessidades e sentimentos do outro, sem que perca a noção da necessidade de atender padrões culturais e sociais.

O autocontrole pode ser entendido quando se pensa na capacidade que uma pessoa deve ter de adiar recompensas ou gratificações. Esta condição especial não está presente na criança com ADD (SCHWITZER & SULZER-AZAROFF,1995).

O autocontrole é pré-requisito para o estabelecimento de relações sociais satisfatórias e acontece como decorrência do desenvolvimento do senso moral. Sua falta ou excesso podem prejudicar o adequado desenvolvimento do ser humano; em excesso, pode determinar condutas e comportamentos obsessivos e, em falta, pode impedir que o indivíduo tenha exata dimensão do outro, não reconhecendo seus limites (BEE,1997).

LEUNG & CONNOLLY (1996) destacam que o autocontrole possui três dimensões a serem consideradas: a organização do processamento da informação, a mobilização da atenção através do processamento da informação e a inibição de respostas inapropriadas.

O desenvolvimento adequado do autocontrole definirá o grau de ajuste social, que por sua vez guarda uma relação de reciprocidade com o rendimento escolar.

Pode-se dizer que a criança ADD apresenta uma desordem de controle de impulsos e, quando acompanhada de hiperatividade, existe uma hiperresponsividade, estando sempre presente a impossibilidade de inibir respostas; assim, a dificuldade de ter ou manter o autocontrole é tida segundo BARKLEY (1997) como ponto de maior destaque na ADD.

Além disto, crianças com ADD geralmente apresentam dificuldades para receberem recompensas a médio prazo, como é o caso da educação, quando há demora para que ela ocorra, a busca da satisfação é sempre imediata e apresentam dificuldades quando a gratificação é adiada (BARKLEY, 1997).

2.4 - Atitudes e auto-estima

As definições para auto-estima são diversas, porém há unanimidade em concordar que trata-se de um aspecto essencial ao bem-estar das pessoas e que é o ponto básico da boa qualidade do relacionamento interpessoal, já que refere-se ao conhecimento de si próprio.

A verificação de definições para auto-estima remete à busca de definições anteriores como a de autoconceito. Para MACHARGO SALVADOR (1991 apud JORGE, 1996) trata-se de "conjunto de características, atributos, qualidades e deficiências, capacidades e limites, valores e relações que o indivíduo reconhece como descritivos de si e que percebe como dados de sua realidade".

Auto-conceito é um termo utilizado para localizar uma fase inicial da infância quando a criança consegue apenas descrever a si própria e aos outros, sem que se coloque valores nestas descrições.

Quando o autoconceito reveste-se do caráter avaliativo, por volta dos sete anos de idade, passa a denominar-se auto-estima. Tanto autoconceito quanto auto-estima são referentes à imagem que cada pessoa tem de si, diferindo quanto ao senso de valor (BEE, 1997, p.312).

A auto-estima é determinante da conduta humana e influi para que o ser humano desenvolva todas as suas capacidades, sendo necessário para tal que ele se sinta seguro, querido, protegido e aceito no meio em que vive e nos grupos sociais que partilha, já que mais claramente que é um juízo global de autovalia, que define o quanto se gosta da pessoa que se percebe ser.

O comportamento é fortemente influenciado pela auto-estima, de tal forma que, quando se verifica a presença de auto-estima positiva ou elevada, é provável que esteja associada ao êxito e segurança e quando se verifica a presença de auto-estima negativa ou baixa é provável que se verifique também o fracasso, através do surgimento de sentimentos de insegurança e confusões (BEE, 1997).

Comportamentos anti-sociais e baixa auto-estima são comuns entre crianças desatentas, assim como o é o fato de serem rotuladas por pais, professores e colegas como inadequadas e exibidoras de comportamentos bizarros e inusitados (LEUNG et al., 1994; KESSLER, 1996).

Estudos sobre a auto-estima e atitudes de crianças desatentas frente ao contexto escolar são extremamente relevantes, já que as maiores dificuldades são manifestadas em sala de aulas, pela falta que estas crianças sentem de manejar com adequação os fracassos na aprendizagem escolar e dificuldades sociais (LUFU & PARISH-PLASS, 1995).

O'CONNELL (1996) aponta para a o fato de serem os problemas de socialização, e especialmente o de baixa auto-estima, os mais comuns entre crianças ADD.

Habitualmente para verificação da auto-estima de crianças destatentas, são realizados estudos longitudinais, comparando crianças com e sem problemas de atenção, como é o caso de HERRERO (1994), que pesquisou, além da auto-estima, a presença de comportamentos anti-sociais, com tipologia diversificada e em diferentes faixas etárias.

HOZA et al. (1993) mostram em seu estudo realizado com meninos ADD comparando-os com um grupo controle, que eles preferem responsabilizar-se pelo seu sucesso do que terem que assumir as responsabilidades por seus fracassos, embora, de uma forma geral, não se sintam piores que os demais.

As pesquisas sobre auto-estima que demonstram comprovada correlação são aquelas que relacionam auto-estima e desempenho acadêmico e as que relacionam auto-estima com locus de controle (PALACIOS & HIDALGO, 1995).

O locus de controle também denominado auto-eficácia percebida é um conceito introduzido por ALBERT BANDURA, em 1981, (apud MUSSEN et al. 1995) e que refere-se à atribuição de sucesso ou fracasso na aprendizagem a condições internas ou externas ao indivíduo.

O locus de controle interno é definido quando o sucesso ou fracasso na aprendizagem é percebido como dependente de si próprio, como habilidade e esforço e locus de controle externo refere-se a atribuição do fracasso ou sucesso na aprendizagem a causas que encontram-se fora de si próprio, como por exemplo destino ou sorte (MUSSEN et al., 1995).

Crianças com elevada auto-estima apresentam locus de controle interno, apresentando-se como responsáveis confiantes e comprometidas com as metas a que se dispõem atingir, sendo o inverso verdadeiro (Ibidem).

LUFU & PARISH-PLASS (1995), num estudo com 111 sujeitos do sexo masculino, 28 diagnosticados como ADD e 83 como grupo controle, investigaram a presença de ansiedade, persistência e locus de controle. Os resultados obtidos no estudo citado revelaram que os sujeitos ADD, além de apresentarem-se como mais aborrecidos e menos persistentes, apresentaram mais freqüentemente locus de controle externo.

Em relação aos estudos realizados examinando a correlação entre auto-estima e sucesso escolar, os mesmos são conclusivos quando colocam o êxito na aprendizagem como dependente da auto-estima. GORDON (1993), observa que é comum a associação de auto-estima negativa com desempenho escolar ruim, estando ambos desta forma, associados.

VILLAR & POLAINO-LORENTE (1994) destacam em seu estudo que especialmente a hiperatividade associa-se à auto-estima negativa, sobretudo quando também está presente a depressão, pela falta de adaptação social com seus pares ou iguais.

É importante lembrar que a auto-estima positiva é fator essencial ao êxito escolar, bem como à adequação nas relações sociais e à qualidade da saúde mental. CHUNG et al.(1998) afirmam que a concepção de sucesso ou a realização das metas afetam a performance dos comportamentos pró-sociais de uma criança, assim como o quanto ela se percebe boa em relação aos outros e o quanto os outros a fazem perceber-se como melhores, influencia suas relações sociais.

A avaliação da auto-estima é difícil antes dos 7 anos, porque é apenas nesta idade que a criança passa a descrever e avaliar situações emocionais, antes deste período as avaliações e descrições referem-se mormente a características físicas.

Aos 7 ou 8 anos a criança é capaz de responder perguntas sobre o quanto gosta de si mesma como pessoa, o quanto se percebe feliz e o quanto gosta da vida que está levando (BEE,1997).

A auto-estima envolve dois tipos de análise ou juízo resultantes da discrepância existente entre o que se gostaria de ser e o que se pensa que é. Quando a discrepância é grande a análise feita leva a uma auto-estima negativa, outro tipo de análise ocorre quando esta discrepância é pequena e o resultado é a auto-estima positiva.

No caso de crianças com auto-estima negativa, observa-se com frequência que existe uma tendência a agir de maneira a chamar a atenção dos colegas, buscando sua aprovação (GORDON,1993).

Segundo PALACIOS & HIDALGO (1996), a auto-estima é parte da personalidade e como tal é construída inicialmente no convívio familiar e posteriormente no convívio social, incluindo escola, grupos de recreação e outros. Estas instituições sociais auxiliam na modelagem da avaliação que a criança faz de suas habilidades e qualidades.

YASUKO & YUJI (1997) verificam que as atitudes da mãe influenciam fundamentalmente as habilidades sociais em casa; essas por sua vez, influenciam as habilidades sociais na escola e as habilidades sociais na escola definem o grau de popularidade ou rejeição das crianças no ambiente escolar.

Além da mãe, a professora também influencia no autoconceito e na auto-estima. A forma com que um aluno se percebe depende muito da qualidade da relação que o mesmo mantém com seu professor, e até mesmo a idéia que o professor tem de si pode influenciar a auto-estima dos alunos (CUBERO & MORENO, 1995).

Desta forma, verifica-se que a convivência na família e na escola possui papel central no desenvolvimento dos seres humanos, não só porque garante-lhes a sobrevivência física, mas porque os leva à autonomia, através de processos como conhecimento que cada indivíduo tem de si próprio e dos outros.

OBJETIVOS

- 1) Avaliar e identificar a presença de problemas de atenção em escolares de primeira série.
- 2) Relacionar a presença de problemas de atenção com sexo, e atitudes dos sujeitos em relação a situações escolares.
- 3) Relacionar a presença de problemas de atenção com desempenho escolar e comportamentos exibidos pelos sujeitos em sala de aula.
- 4) Verificar a presença de atitudes positivas e negativas dos sujeitos, em relação à escola a si próprios e aos colegas.
- 5) Verificar a viabilidade de definição de grupos de sujeitos, apresentando problemas reais ou potenciais com a atenção e sujeitos que não apresentam problemas com a atenção
- 6) Verificar as possíveis diferenças entre a popularidade e rejeição de crianças com e sem problemas de atenção.
- 7) Realizar avaliação neurológica dos sujeitos para averiguar quais sinais neurológicos são mais frequentes na manifestação de problemas de atenção e para estabelecer diagnóstico diferencial.

8) Verificar a existência de similaridade de resultados entre diversos instrumentos para detecção de problemas de atenção.

MATERIAL E MÉTODO

MATERIAL E MÉTODO

1. Situação

Os dados obtidos neste trabalho foram coletados em salas disponibilizadas para tal, com condições suficientes e necessárias ao propósito, do EEPG "Júlio César", localizado no município de Itatiba, São Paulo. Trata-se de uma das maiores escolas municipais, com a característica básica de atender tanto crianças da periferia quanto da área central da cidade

2. Sujeitos

Todos os alunos das cinco salas de primeira série foram convidados a participar. Os pais receberam um termo de consentimento com detalhes a respeito do trabalho a ser realizado, sendo que, dos 145 termos enviados, 130 foram devolvidos a tempo, com o devido consentimento, passando a constituir a amostra (ANEXO1).

As matrículas dos 130 sujeitos encontravam-se ativas no início da coleta de dados e a faixa etária dos sujeitos variou entre seis e nove anos.

Durante o período de coleta de dados, dois dos 130 sujeitos desativaram suas matrículas, ficando a amostra, a partir deste momento, composta por 128 sujeitos.

Dentre os 128 sujeitos, 56 pertenciam ao sexo masculino e 72 ao sexo feminino.

3. Materiais

Foram utilizados para a coleta de dados os seguintes instrumentos:

- ◆ *Protocolo para diagnóstico do Distúrbio do Déficit de Atenção ou Transtorno da Falta de Atenção:* Material utilizado pelo Ambulatório de Neurologia FCM/UNICAMP e referenciado pelo DSM III-R, para detecção de *déficits* importantes de atenção. Envolve questões a respeito do comportamento dos sujeitos em sala de aula, voltadas para os aspectos Desatenção, Impulsividade e Hiperatividade. O aspecto Desatenção é considerado a partir da marcação de 4 dos 7 itens apresentados; o aspecto Impulsividade é considerado a partir da marcação de 3 dos 5 itens apresentados em formas afirmativas; e o aspecto Hiperatividade é considerado a partir da marcação de 3 dos 5 itens apresentados em forma de afirmativa. Além destes aspectos assinalados, e que devem obedecer ao número de marcações propostas para que se tornem critérios diagnósticos, temos mais 2 pontos a considerar: início dos sintomas antes dos 7 anos e duração dos mesmos por pelo menos 6 meses (ANEXO 2).

◆ *Cr terios para identifica o do Transtorno da Falta de Aten o*, conforme o DSM IV(1994), para detec o de *d ficits* importantes de aten o. Os cr terios foram apresentados   professora, conforme aparecem no original. As quest es dizem respeito aos comportamentos dos sujeitos apresentados em sala de aula, voltadas para os aspectos Desaten o, Impulsividade e Hiperatividade. Considera ADD tipo Combinado, quando existe a marca o de 6 ou mais itens de Desaten o e 6 ou mais itens de Impulsividade/Hiperatividade; ADD tipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo a marca o de 6 ou mais itens de Hiperatividade/Impulsividade e ADD tipo Predominantemente Desatento para a marca o de 6 ou mais itens de desaten o. Os sintomas devem estar presentes h  mais de seis meses, al m de terem surgido antes dos sete anos e apresentarem definida interfer ncia no funcionamento social, acad mico e ocupacional (ANEXO 3).

◆ *Roteiro de Investiga o de Aten o - RIA* (TONELOTTO, 1994); Este roteiro   composto de 12 provas, envolvendo a possibilidade de 44 acertos distribu dos entre elas, cujo n mero de acertos significativo para manifesta o ou n o de problemas de aten o,   o score 30, ou seja sujeitos com pontua o igual ou maior que 30, provavelmente n o apresentam problemas de aten o. Sujeitos com pontua o inferior a 30 provavelmente apresentem, de acordo com o estudo estat stico realizado.

As provas constru das e elaboradas para esta avalia o s o estruturadas da seguinte forma:

Prova 1 - Esta prova tem como objetivo principal, avaliar a memória imediata e a capacidade da criança concentrar-se. Consiste em que o sujeito ouça uma história simples, contendo 4 linhas, e em seguida responda 4 questões referentes a esta história.

Prova 2 - Esta prova pretende avaliar a memória auditiva e por conseqüência a atenção auditiva. Consiste em ler-se uma lista com o nome de 8 objetos conhecidos das crianças, a saber: avião, caneta, pipoca, prato, rosa, casa, maçã e papagaio, e o sujeito deve, ao término desta leitura, falar aqueles que se lembra de ter ouvido.

Prova 3 - Esta prova permite saber se cada sujeito conhece os seguintes objetos: cadeira, sapato, borboleta, dado, bola e gato, que são mostrados em figuras uma a uma, devendo ser nomeadas após terem sido mostradas. Esta prova não conta pontos e serve para que se possa certificar que as crianças conhecem os objetos mostrados.

Prova 4 - Nesta prova, o sujeito reportando-se às figuras que nomeou na prova anterior, deve dizer os nomes dos quais se lembra, para verificar sua capacidade de reter estímulos visuais e retomá-los em seguida.

Prova 5 - Esta prova pretende verificar a capacidade da criança seguir uma ordem verbal atentando para seus detalhes. São dados então 2 comandos verbais, e espera-se que o sujeito os cumpra; são eles: 1) Dê me a figura da bola e 2) Pegue a figura do livro e coloque no chão.

Prova 6 - As tarefas desta prova envolvem a capacidade do sujeito no ordenamento de seqüências que possibilitem a montagem de uma pequena história com começo, meio e fim, ou seja, em primeiro plano é apresentado ao

sujeito um gato com um balão na boca em 2 momentos distintos, e o sujeito deve dizer o que aconteceu antes e o que aconteceu depois. Em seguida, apresentamos um vaso em 3 momentos distintos, pedindo também ao sujeito que nos diga o que aconteceu primeiro, o que aconteceu depois e depois ainda.

Prova 7 - Nesta prova é apresentado ao sujeito, um conjunto com 3 figuras semelhantes (sorvetes), das quais uma contém uma diferença, solicitando-se então que o sujeito diga qual é a figura diferente, podendo-se avaliar sua capacidade de atentar para os detalhes que compõem cada figura.

Prova 8 - Nesta prova apresenta-se ao sujeito 4 pares de figuras, ou seja, 4 conjuntos de xícaras e pires, e cada um dos conjuntos difere do outro. As 8 figuras são apresentadas distantes uma das outras, e a criança deve perceber os detalhes necessários para que se formem os pares, ligando então cada xícara ao seu pires, com um lápis preto, que é oferecido no início da prova.

Prova 9 - Esta prova destina-se a avaliação da percepção de detalhes. Apresenta-se ao sujeito 4 figuras semelhantes, solicitando-se que ele pinte as que são iguais.

Prova 10 - Nesta prova, apresentamos ao sujeito duas figuras, sendo que na segunda faltam detalhes, em número de 7, pedindo-se que com um lápis ele anote no segundo desenho os detalhes que faltam.

Prova 11 - Esta prova compõem-se de 6 itens semelhantes, sendo 3 deles envolvendo letras e os 3 outros envolvendo números. Cada um destes itens é composto de 5 quadros, em que destaca-se, em negrito, o primeiro; dos demais quadros, um é igual, e os outros 3 não o são em relação ao quadro em negrito.

Solicita-se, então, ao sujeito que assinale qual é igual àquele destacado em negrito.

Prova 12 - Nesta prova, mostra-se uma gravura ao sujeito, pedindo-se que o mesmo a observe com atenção. Em seguida, com a gravura longe da visão da criança, são feitas 4 perguntas, anotando-se cada uma das respostas dos sujeitos (ANEXO 4).

- ◆ *Escala de Atitudes do Aluno em Relação aos Colegas* (inspirada em ALENCAR (1978), modificada e adaptada para a faixa etária de 6 a 7 anos). Visa medir o relacionamento do aluno com os seus colegas, como se sente em relação a eles e como acredita que os seus colegas o vêem. Esta escala é composta de 12 itens, que admitem apenas dois tipos de resposta SIM e NÃO, em que para nove deles, a marcação do sim significa atitude positiva e em apenas em três deles, a marcação da resposta sim tem significado de atitude negativa. A primeira versão continha 15 questões, que foram aplicadas e testadas estatisticamente através da análise fatorial. (ANEXO 5).

- ◆ *Escala de Atitudes do Aluno com Relação a Si Mesmo* (inspirada em Alencar, 1978, modificada e adaptada para a faixa etária de 6 a 7 anos). Visa avaliar como o sujeito se vê em termos de sua capacidade e da extensão de sentimentos positivos que tem com relação a si mesmo. Esta escala é composta de 11 itens, que admitem apenas dois tipos de resposta SIM e NÃO, em que para nove deles, a marcação do sim significa atitude positiva e, para apenas dois deles, a marcação da resposta sim tem significado de atitude

negativa. A primeira versão continha 18 questões , que foram aplicadas e testadas estatisticamente através da análise fatorial. (ANEXO 6)

- ◆ *Escala de Atitudes do Aluno com Relação à Escola* (inspirada em Alencar, 1978, modificada e adaptada para a faixa etária de 6 a 7 anos). Avalia a atitude geral do aluno para com a escola e a sua satisfação com a sua situação escolar. Esta escala é composta de 20 itens, que admitem apenas dois tipos de resposta SIM e NÃO, em que para 15 deles, a marcação do sim significa atitude positiva, e para apenas cinco deles a marcação da resposta sim tem significado de atitude negativa. A primeira versão continha 25 questões, que foram aplicadas e testadas estatisticamente através da análise fatorial. (ANEXO 7)

- ◆ *Avaliação do Aluno* Este material foi elaborado especialmente para este trabalho e consta de 11 questões de múltipla escolha a respeito de comportamentos exibidos pelo aluno em sala de aula. Alguns dos comportamentos investigados foram baseados nos critérios do DSM-III-R e DSM-IV, incluindo questões sobre a qualidade e freqüência destes comportamentos.

As questões formuladas dizem respeito ao desempenho escolar, ritmo de trabalho, impulsividade (neste questionário o substituído pelo termo desassossego), capacidade de trabalhar silenciosamente, interrupção da professora e colegas, freqüência às aulas, qualidade dos deveres de casa,

qualidade do trabalho em sala e em casa e principais comportamentos exibidos (ANEXO 8).

- ◆ Sociograma (IVERSON & IVERSON, 1996). Instrumento utilizado para verificar a existência de **popularidade e rejeição** dos sujeitos pelos colegas. É composto por duas questões a serem respondidas; a primeira questão refere-se à indicação de três colegas com os quais os sujeitos preferem brincar ou trabalhar e a segunda questão, refere-se à indicação de três colegas com os quais eles evitam ou não gostam de trabalhar. A cada marcação é atribuído um ponto, tanto para um aspecto quanto para outro (ANEXO 9).

- ◆ Exame Neurológico Tradicional (ENT) - (LÉFEVRE, 1972) Utilizado como parte da avaliação neurológica, destinou-se à averiguação da integridade das funções do sistema nervoso central. Trata-se de um instrumento que pode definir alterações ligadas às questões orgânicas. No Exame Neurológico Tradicional (ENT), consideraram-se como alteração, as anormalidades de respostas de qualquer das provas propostas e como padrão normal a realização de todas as provas (ANEXO 10).

- ◆ Exame Neurológico Evolutivo, versão abreviada (ENEVA) - (BACCHIEGA, 1979). Utilizado com a finalidade de obtenção de um perfil neurológico dos sujeitos, é recomendado para a faixa etária de 3 a 7 anos, e avalia a fala, dominância lateral, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, coordenação

apendicular e tronco-membros, persistência motora, sensibilidade e gnosias. A consideração para determinação de normalidade neste exame teve como referência a ausência ou atraso em uma área avaliada e determinação de alteração, atrasos em 2 ou mais áreas pesquisadas (ANEXO 11).

4. Procedimento

Antes do início da coleta de dados procedeu-se com a análise estatística, para verificação da consistência das Escalas de Atitude propostas, já que se tratava de um material destinado a uma faixa etária diferente daquela em questão.

Originalmente, as Escalas de Atitude eram compostas por afirmativas que proporcionavam 5 tipos de respostas, escala tipo Likert, e destinavam-se a adolescentes. Para adaptação para a faixa etária em questão, foi necessário que se reduzisse a possibilidade de resposta para sim e não.

Para que se tivesse certeza da eficiência da modificação realizada nas Escalas de Atitude, realizou-se um estudo com dois grupos de 15 crianças, um deles composto por alunos da pré-escola e outro por alunos de primeira série.

As três escalas foram aplicadas e reaplicadas após um período de 50 dias. Após a segunda aplicação, foram feitas as seguintes perguntas às crianças: 1) foi fácil responder? 2) você não entendeu alguma pergunta? 3) você teve dúvidas para responder?.

Todas as crianças apresentaram respostas satisfatórias, não tendo ficado aparentemente qualquer dúvida ou dificuldade de entendimento.

Os resultados obtidos nas respostas dadas pelas crianças foram analisados estatisticamente, através da prova denominada análise fatorial, utilizada para reduzir a complexidade das variáveis e como auxiliar na definição de que itens das escalas de fato, poderiam medir a mesma coisa.

A análise fatorial foi realizada através da utilização do software STATISC PRODUCT AND SERVICE SOLUTIONS (SPSS). Os resultados obtidos encontram-se em cada um dos ANEXOS destinados à apresentação das escalas (KERLINGER, 1980).

- *Seleção da amostra.* Pela proximidade relações de trabalho mantidas com a Secretaria de Educação do município de Itatiba, decidiu-se que a coleta de dados seria realizada nesse município.

Optou-se pela maior escola e que tivesse como característica o atendimento de crianças provenientes da periferia e da área central da cidade.

Foi proposto o estudo com todos os alunos de primeira série da escola escolhida, num total de 145 alunos, pertencentes a cinco classes de primeira série, cujas matrículas encontravam-se ativas até o início de junho de 1998.

Foram realizados dois contatos com a diretora da escola e subseqüentemente com as cinco professoras envolvidas, com o objetivo de expor com clareza os objetivos e a metodologia da pesquisa a ser realizada; além disto explicou-se a necessidade de obtenção do termo de consentimento a ser enviado aos pais.

Cada professora recebeu um termo de consentimento de pesquisa para enviar aos pais de cada um de seus alunos de tal forma que em cinco salas foram enviados 145 termos, com a instrução de que os mesmos deveriam ser

devolvidos em 4 dias. Após este período tivemos o retorno de 130 termos devidamente assinados pelos pais dos sujeitos que constituíram a amostra.

- *Coleta de dados*

Dados coletados através da professora:

Cada professora recebeu um envelope, contendo os seguintes materiais: 1) Lista para verificação da existência do Transtorno da Falta de Atenção ou Distúrbio do Déficit de Atenção do DSM-III-R; 2) Lista para verificação da existência do Transtorno da Falta de Atenção do DSM-IV; 3) Avaliação do Aluno.

Todo o material foi entregue às professoras que previamente já haviam recebido instruções para o preenchimento do material. Cada uma delas teve o prazo de uma semana para preencher os dados a respeito de cada aluno.

Uma auxiliar da pesquisa foi à escola para esclarecimento das dúvidas surgidas quanto ao preenchimento do material, sempre que requisitada, condição preestabelecida no período em que as instruções foram dadas.

Dados coletados diretamente dos sujeitos:

1) Avaliação Escolar. Foram realizadas sessões individuais com os sujeitos, durante o período de aula, no qual foram programadas sessões para aplicação do RIA e das Escalas de Atitude frente a si mesmos, a escola e aos colegas.

Este trabalho foi realizado através da atuação de alunas do curso de pós-graduação em Psicopedagogia, alunas do curso de Psicologia e alunas do curso Fonoaudiologia, devidamente treinadas para tal.

A coleta de dados que compôs a avaliação escolar ocorreu entre os meses de junho e agosto de 1998, tendo sido avaliado neste período o total de 128 sujeitos.

2) Avaliação Neurológica:- Foram realizadas sessões individuais com os sujeitos, nas quais foram realizados os exames neurológico tradicional e neurológico evolutivo, versão abreviada.

Estes exames foram realizados por uma médica neurologista e por duas auxiliares de pesquisa, durante o período de aula dos sujeitos.

A coleta de dados que compôs a avaliação neurológica ocorreu entre os meses de junho e outubro de 1998, tendo sido avaliado neste período o total de 118 sujeitos.

- *Análise de dados*

Os dados foram tratados em duas etapas. Para a **primeira etapa**, os dados foram considerados como partes de dois grupos distintos. O Grupo1 (G1), contendo sujeitos com indícios de problemas de atenção e o Grupo 2 (G2), contendo sujeitos sem apresentação destes indícios.

Na **segunda etapa**, foram analisados os dados dos sujeitos que preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV, para identificação dos transtornos da falta de atenção, comparando-os com os dados obtidos das crianças que não

evidenciaram estes problemas. O primeiro grupo foi formado por 14 sujeitos, denominado GA e o segundo grupo foi formado por 95 sujeitos, denominado GB.

Considerando-se o tamanho da amostra e a necessidade de se realizar comparações proporcionais e de estabelecer diferenças entre frequências observadas e obtidas, optou-se pelo Teste de Significância das diferenças entre proporções comparadas, denominado Qui-quadrado (χ^2) e o teste de Probabilidade Exata de Fisher (SIEGEL, 1975, BEIGUELMAN,1991).

O nível de significância mantido foi o de 0,05, usualmente aceito para este tipo de prova; foram utilizados os valores do χ^2 com correção de continuidade, por ser a amostra maior que 40, considerando-se o grau de liberdade.

Além da prova de Qui-quadrado e a prova de Fisher, também foi utilizada a prova estatística da Análise de Variância, já que houve necessidade de comparação de médias dos grupos (BEIGUELMAN,1991). Estas provas foram realizadas através do softwares STATISTICA, versão 6,0 e SPSS, com utilização do nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

RESULTADOS

Os dados obtidos nesta pesquisa, por meio dos instrumentos já descritos, serão apresentados e posteriormente analisados e discutidos.

As avaliações escolar e neurológica serão apresentadas em seus aspectos qualitativos e quantitativos para facilitar o entendimento dos dados, através de itens distintos.

A apresentação dos resultados será realizada de forma a comparar os dados obtidos pelos grupos de sujeitos, comparando-os.

Para a primeira etapa foi denominado Grupo 1 (G1), formado por 33 sujeitos, aquele em que foram encontradas suspeitas de problemas de atenção, e Grupo 2 (G2), formado por 95 sujeitos, aquele em que as dificuldades com a atenção não foram de nenhuma forma evidenciadas.

O critério utilizado para a formação dos dois grupos foi a obtenção de nota inferior a 30 no Roteiro de Investigação da Atenção (RIA). Trata-se de um instrumento validado em estudo anterior e que apresentou correlação negativa e significativa, no nível de significância de 0.05, com os Critérios do DSM-IV para a identificação dos transtornos da falta de atenção de -0.51 , $p=0,000$, sendo $p<0,05$, indica que, quanto maiores os escores obtidos no RIA menor o número de sinais no DSM-IV¹.

¹ DSM-III-R e DSM-IV são critérios utilizados mundialmente para detecção dos problemas de atenção.

A análise de correlação foi feita apenas com o DSM-IV, porque previamente foi analisada a correlação entre DSM-III-R e DSM-IV, encontrando-se uma correlação positiva e significativa de 0.96 no nível de significância de 0.05.

A avaliação neurológica foi realizada em 118 sujeitos, já que 10 dos sujeitos apresentaram problemas de frequência às aulas durante o período da coleta de dados.

Outro ponto que antecede a exposição dos dados é o fato de ter sido encontrada uma correlação de -0,22, com $p=0,011$ e $p<0,05$, para tempo de realização no RIA e escores obtidos, levando a uma conclusão que, maior o número de acertos, menor o tempo gasto para a prova.

Para a segunda etapa foi denominado Grupo A (GA), formado por 14 sujeitos, que atenderam aos critérios do DSM-IV, para identificação dos transtornos da falta da atenção e Grupo B (GB), formado por 95 sujeitos, aquele em que as dificuldades com a atenção não foram de nenhuma forma evidenciadas.

**ETAPA 1 - Comparação dos resultados obtidos pelos
sujeitos com indícios de problemas de atenção (G1) e sem
indícios de problemas de atenção (G2).**

Tabela 1 - Sexo dos sujeitos dos dois grupos, comparando-se as frequências observadas

Sexo	G1	G2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Feminino	09	47	56	4,045	0,0443	p<0,05
Masculino	24	48	72			
Totais	33	95	128			

GL = 1

A Tabela 1 revela que, dos 56 sujeitos do sexo feminino, 47 compõem o G2, e 9 o G1; dos 72 sujeitos do sexo masculino, 48 compõem o G2, e 24 o G1.

Considerando-se o sexo dos sujeitos, observa-se que existe diferença significativa em relação à formação dos grupos, evidenciando que sujeitos do sexo feminino são menos frequentes do que o esperado no grupo em que são evidenciados problemas de atenção; em contrapartida, a frequência de sujeitos do sexo masculino no grupo em que se evidenciam os problemas de atenção é maior que o esperado.

A análise estatística, com um χ^2 corrigido = 4,045 e uma probabilidade de 0,0443, sendo $p < 0,05$, podendo-se dizer que sexo masculino e problemas de atenção estão associados.

Tabela 2 - Qualidade do desempenho escolar dos sujeitos segundo a opinião da professora, comparando-se os dois grupos.

Qualidade	G1	G2		χ^2	p	Conclusão
Otimo e Bom	14	82	96	27,614	0,000001	p<0,05
Regular	10	10	20			
Ruim e Pêssimo	9	3	12			
Totais	33	95	128			

GL=2

Os dados da Tabela 2 revelam que as freqüências em G1 distribuem-se com 82 para ótimo e bom, 10 para regular e 3 para ruim e péssimo. Em G2 observa-se que as freqüências são de 14 para ótimo e bom, 10 para regular e 3 para ruim e péssimo.

Observa-se que existe diferença significativa em relação à formação dos grupos, evidenciando que sujeitos com desempenho escolar ótimo e bom são menos freqüentes do que o esperado no grupo em que são evidenciados problemas de atenção; em contrapartida, a freqüência de sujeitos com desempenho escolar ruim e péssimo é maior proporcionalmente, em G2, em que os problemas de atenção são evidenciados.

A análise estatística, com um $\chi^2 = 27,614$ e uma probabilidade de 0,000001, sendo $p < 0,05$, permite afirmar que desempenho escolar ruim e péssimo associa-se a problemas de atenção.

Tabela 3 - Ritmo de trabalho dos sujeitos atribuído pela professora, comparando-se os dois grupos.

Ritmo	G1	G2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Rápido	4	22	26	19,5506	0,000057	p<0,05
Lento	17	13	30			
Normal	12	60	72			
Totais	33	95	128			

GL=1

Os dados da Tabela 3 revelam que os sujeitos de G2 apresentaram ritmo de trabalho mais rápido e normal que lento, com frequências 22, 13 e 72 respectivamente, enquanto em G1 a maior frequência observada foi para a lentidão, 17 e menor para rápido e normal.

Comparando-se estas frequências, foi encontrado um χ^2 corrigido=19,5506, com uma probabilidade=0,000057, sendo $p < 0,05$, é possível dizer que lentidão e problemas de atenção estão associados.

Tabela 4 - Frequência observadas para trabalho silencioso ou ruidoso em sala de aula , comparando-se os dois grupos.

Trabalho	G1	G2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Silencioso	17	60	77	0,942	0,3318	$p > 0,05$
Ruidoso	16	35	51			
Totais	33	95	128			GL=1

Os dados da Tabela 4 revelam que dos 77 sujeitos com trabalho silencioso, 17 fazem parte do G1 e 60 do G2. Dos alunos considerados ruidosos em seu trabalho em sala de aula, 35 fazem parte de G2 e 16 de G1.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as frequências obtidas e esperadas, tendo sido encontrado um χ^2 corrigido = 0,942 e uma probabilidade de 0,3318, com $p > 0,05$, indicando que o fato de trabalhar em sala de aula ruidosa ou silenciosamente não está associado com problemas de atenção.

Tabela 5 - Ocorrência do comportamento de brigar em ambos os grupos, conforme a percepção da professora

Ocorrência	G1	G 2		Prova	p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	11	04	15	Fisher	0,001	p<0,05
Raramente ou Nunca	22	91	113			
Totais	33	95	128			

Através dos dados da Tabela 5, observamos que G1 é formado por 11 sujeitos que apresentam o comportamento de brigar freqüentemente ou ocasionalmente e por 22 sujeitos que apresentam estes comportamentos raramente ou nunca. G2 é composto por 4 sujeitos que apresentam comportamento de brigar freqüente ou ocasionalmente e por 91 sujeitos que apresentam comportamento de brigar raramente ou nunca.

Existe diferença entre as freqüências esperadas e observadas, principalmente com aumento na freqüência de brigar freqüente ou ocasionalmente em G1. A análise estatística com uma probabilidade de 0,0001, sendo $p < 0,05$, indica que o comportamento de brigar associa-se aos problemas de atenção.

Tabela 6 - Ocorrência do comportamento de interromper a professora ou os colegas nos dois grupos, conforme percepção da professora

Ocorrência	G1	G2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	15	13	28	12,666	0,00037	p<0,05
Raramente ou Nunca	18	82	100			
Totais	33	95	128			

GL=1

Como é demonstrado na Tabela 6, G1 é formado por 15 sujeitos que interrompem a professora freqüente ou ocasionalmente e por 18 sujeitos que o

fazem raramente ou nunca. O G2 é formado por 13 sujeitos que interrompem a professora freqüente ou ocasionalmente e por 82 sujeitos que o fazem raramente ou nunca.

Observa-se que existe diferença significativa entre as freqüências esperadas e obtidas, sobretudo no que diz respeito a uma freqüência aumentada para interrupções freqüentes ou ocasionais em G1 e para interrupções raras ou inexistentes em G2.

A análise estatística evidenciou um χ^2 corrigido = 12,666 e uma probabilidade $P= 0,00037$, onde $p<0,05$, o que nos permite dizer que existe uma associação entre interromper a professora freqüente ou ocasionalmente e problemas de atenção.

Tabela 7 - Ocorrência do comportamento de "desassossego"² apresentada pelos dois grupos, conforme a percepção da professora

Ocorrência	G1	G2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	16	09	25	21,299	0,0000039	$p<0,05$
Raramente ou Nunca	17	86	103			
Totais	33	95	128			GL=1

A Tabela 7 revela que, quanto ao desassossego, G1 é formado por 16 sujeitos que o apresentam freqüentemente ou ocasionalmente e por 17 sujeito que o fazem raramente ou nunca. De outra forma, G2 é formado por 9 sujeitos que apresentam desassossego freqüente ou ocasionalmente, e por 86 sujeitos que o fazem raramente ou nunca.

²Desassossego foi utilizado como sinônimo de inquietação

Observa-se que existe uma diferença entre as freqüências esperadas e obtidas, com evidente acréscimo para desassossego freqüente ou ocasional em G1 e evidente acréscimo para desassossego raramente ou nunca em G2.

O χ^2 corrigido = 21,299 e a probabilidade $p = 0,0000039$, sendo $p < 0,05$, permitem dizer que existe uma associação entre o comportamento de desassossego e problemas de atenção.

Tabela 8 - Freqüência às aulas , comparando-se os dois grupos

Freqüência	G1	G2		Prova	p	Conclusão
Sem problemas	32	92	124	Fisher	0,7266	$p > 0,05$
Falta muito	01	03	04			
Totais	33	95	128			

G1 foi formado por 32 sujeitos sem problemas com a freqüência e por 1 sujeito com problema de freqüência às aulas. Os dados da Tabela 8 também revelam que G2 foi formado por 92 sujeitos sem problemas com a freqüência às aulas e por 3 sujeitos que a apresentam.

Não foram observadas diferenças significativas entre freqüências observadas e obtidas, para ambos os grupos. A probabilidade = 0,7266, sendo $p > 0,05$, permite dizer que falta às aulas não se associa com problemas de atenção.

Tabela 9 - Ocorrência de deveres de casa realizados, comparando-se os dois grupos

Ocorrência	G1	G2		Prova	p	Conclusão
Freqüentemente ou ocasionalmente	28	93	121	Fisher	0,0124	p<0,05
Raramente ou Nunca	05	02	07			
Totais	33	95	128			

Quanto à freqüência deveres feitos, observa-se pela Tabela 9, que 28 sujeitos de G1 o fazem freqüente ou ocasionalmente e que 5 sujeitos o fazem raramente ou nunca. Em G2, observou-se que 93 sujeitos fazem seus deveres freqüente ou ocasionalmente e que 2 sujeitos o fazem raramente ou nunca.

Existe diferença entre as freqüências esperada e obtidas para os Grupos 1 e 2. Em G1 observou-se diminuição do número esperado para freqüente ou ocasional e aumento do número esperado para raramente ou nunca. Em G2, houve aumento na freqüência esperada para freqüente ou ocasionalmente e diminuição para raramente ou nunca.

A análise estatística apontou para uma probabilidade = 0,0124, sendo $p < 0,05$, o que possibilita dizer-se que ausência de deveres associa-se a problemas de atenção.

Tabela 10 - Ocorrência de boa qualidade de trabalho apresentada em sala de aula pelos dois grupos, segundo a professora

Ocorrência	G1	G 2		χ^2 com correção	p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	22	89	111	13,266	0,00027	p<0,05
Raramente ou Nunca	11	06	17			
Totais	33	95	128			GL=1

A Tabela 10 nos permite observar que G1 foi formado por 22 sujeitos que apresentam bom trabalho em sala de aula freqüente ou ocasionalmente e por 11 sujeitos que o apresentam raramente ou nunca. G2 foi formado por 89 sujeitos com bom trabalho freqüente ou raramente e por 6 sujeitos com bom trabalho raramente ou nunca.

Houve diferença entre as freqüências esperada e obtida, sendo mais evidente a diminuição do número esperado para freqüente ou ocasional em G1, ao mesmo tempo que a freqüência de raramente ou nunca aumentou. Em G2, diversamente a freqüência para freqüente ou ocasionalmente aumentou e para raramente ou nunca diminuiu.

A observação da análise estatística realizada com um χ^2 corrigido = 13,266 e uma probabilidade = 0,00027, sendo $p < 0,05$, permite afirmar que existe uma associação entre boa qualidade de trabalho em sala de aula menos freqüente e problemas de atenção.

Tabela 11 - Ocorrência de boa qualidade de trabalho realizado em casa pelos dois grupos, segundo a professora

Ocorrência	G1	G2		Prova	p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	24	91	115	Prova	0,0006	$p < 0,05$
Raramente ou Nunca	09	04	13			
Totais	33	95	128			GL=1

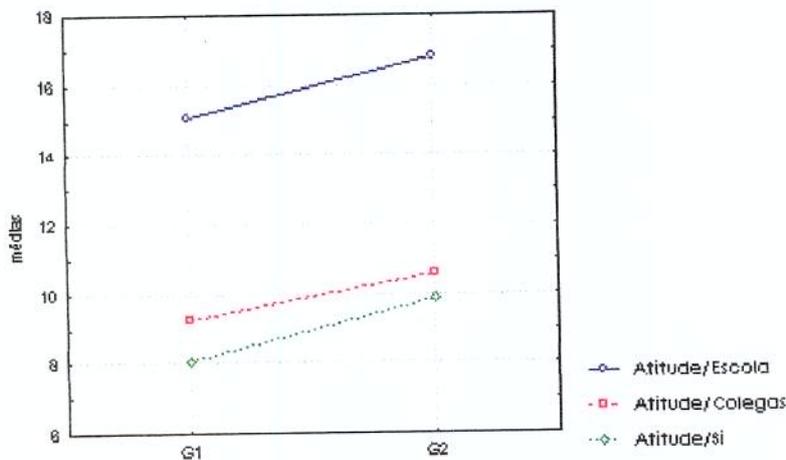
A Tabela 11 nos permite observar que G1 foi formado por 24 sujeitos que apresentam bom trabalho em casa freqüente ou ocasionalmente e por 9 sujeitos que o apresentam raramente ou nunca. G2 foi formado por 91 sujeitos com bom

trabalho freqüente ou raramente e por 4 sujeitos com bom trabalho raramente ou nunca.

Houve diferença entre as freqüências esperada e obtida, sendo mais evidente a diminuição do número esperado para freqüente ou ocasional em G1, ao mesmo tempo que a freqüência de raramente ou nunca aumentou. Em G2, diversamente a freqüência para freqüente ou ocasionalmente aumentou e para raramente ou nunca diminuiu.

A observação da análise estatística realizada com uma probabilidade = 0,0006, sendo $p < 0,05$, permite afirmar que existe uma associação entre boa qualidade de trabalho em casa menos freqüente e problemas de atenção.

Gráfico 1 - Comparação entre as médias obtidas pelos dois grupos nas escalas de atitudes



O Gráfico 1 permite a visualização da superioridade das médias obtidas pelos sujeitos de G2 em comparação com obtidas por G1, para as três atitudes investigadas. Estes dados são reforçados pelos resultados que se seguem.

Tabela 12 - Análise de Variância entre os resultados obtidos nas escalas de Atitude, dos dois grupos

Escalas	GL	Médias		F	p	Conclusão
Atitudes/colegas	126	G1=9,27	G2=10,56	11,88680	0,000769	p<0,05
Atitudes/escola	126	G1=15,09	G2=16,81	11,70975	0,000839	p<0,05
Atitudes/si	126	G1=8,06	G2=9,85	21,094	0,000010	p<0,05

A Tabela 12 permite observar, para melhor interpretação dos dados do Gráfico 1, que a variância entre as médias obtidas por cada grupo diferiu significativamente.

As Atitudes em relação aos colegas foram observadas em ambos os grupos, e compararam-se as médias obtidas por G1 e G2. A análise estatística revelou um $F= 11,8868$ e uma probabilidade = $0,000769$, sendo que $p<0,05$, que nos permite dizer que existe diferença significativa entre as média dos grupos e que a média do G2 é significativamente maior que a de G1.

Considerando-se que quanto maior o escore, mais positiva é a atitude, para o aspecto em questão, é possível dizer que G2 apresenta atitudes mais positivas que G1 frente aos seus colegas.

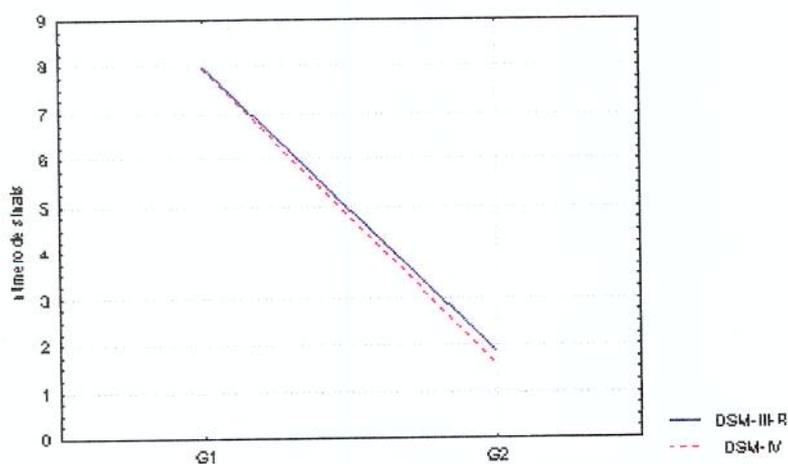
Com relação às Atitudes em relação à Escola, comparando-se as médias e observando-se os dados da Tabela 7 e do Gráfico 1, observa-se um $F= 11,70975$ e uma probabilidade = $0,000839$, sendo $p<0,05$, o que nos permite concluir que existe diferença significativa entre as médias dos dois Grupos, com superioridade de média para G2.

É possível dizer que os sujeitos de G2 apresentam atitude mais positiva que os de G1 frente à escola.

As médias obtidas em Atitudes em relação a si próprio, observadas no Gráfico1 e na Tabela 7, com $F= 21,094$ e probabilidade $=0,000010$, sendo $p<0,05$, permite que se diga que as médias diferem significativamente e que há superioridade de médias no G2.

Assim é possível dizer que, também em relação a si próprios, os sujeitos de G1 apresentam maior positividade, quando comparadas as médias dos dois grupos.

Gráfico 2 - Comparação das médias obtidas pelos dois grupos nos Critérios Diagnósticos para identificação dos Transtornos de Falta de Atenção (DSM-III-R e DSM-IV)



O Gráfico 2 evidencia que as médias obtidas por G2 são menores que as obtidas por G1.

Considerando-se que em ambos os instrumentos quanto maior o número de pontos, maior a possibilidade de se ter problemas de atenção, os sujeitos de G2 de forma geral apresentam menor probabilidade de ter problemas de atenção.

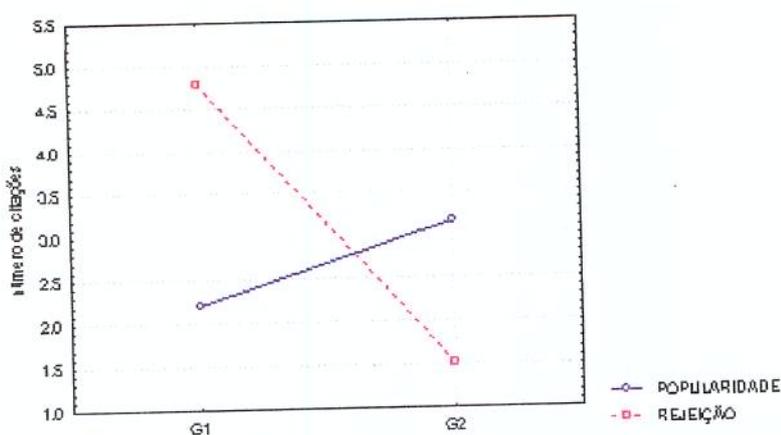
Tabela 13 - Análise de Variância entre os resultados obtidos nos critérios diagnósticos para identificação dos Transtornos da Atenção

Critérios	GL	Média de sinais		F	p	Conclusão
DSMIII-R	126	G1=7,96	G2=1,82	95,7148	0,000000	p<0,05
DSM-IV	126	G1=7,93	G2=1,57	119,2371	0,000000	p<0,05

Os dados que podem ser observados na Tabela 13 possibilitam a comprovação que a diferença é significativa entre as médias obtidas pelos dos Grupos 1 e 2, nos Protocolos de Diagnóstico dos Transtornos de Atenção. As médias do número de marcações obtidas por G1 é maior tanto para o DSM-III-R, quanto para o DSM-IV, comparando-se com as médias de G2.

Para os dois instrumentos de avaliação, foram obtidas pequenas probabilidades, definindo $p < 0,05$, o que permite dizer que o número de sinais apresentados pelos dois grupos é significativamente diferente, e que G2, apresenta menor número de sinais para os dois protocolos.

Gráfico 3 - Comparação entre as médias de marcações obtidas pelos dois grupos em Popularidade e Rejeição



A análise do Gráfico 3 revela que as diferenças apresentadas entre as médias de marcações obtidas pelos grupos são mais evidentes para rejeição do que para popularidade.

Tabela 14 – Análise da Variância para Popularidade e Rejeição, comparando-se os dois grupos.

Qualidade	GL	Médias		F	P	Conclusão
Popularidade	126	G1=2,21	G2=3,16	3,105333	0,080461	p>0,05
Rejeição	126	G1=4,78	G2=1,51	26,23852	0,000001	p<0,05

Os dados do gráfico 3 e da Tabela 14 revelam que as médias obtidas pelos grupos em Popularidade foram 2,21 para G1, e 3,16 para G2; e em Rejeição, 4,78 para G1, e 1,51 para G2.

A variância das médias não diferiu para os grupos e foi realizada a análise de variância. Realizada esta análise, verificou-se que as médias de ambos os grupos não diferem significativamente para Popularidade, já que $p > 0,05$, resultado de $p = 0,080461$ e de $F = 3,105333$.

Para Rejeição a comparação mostra $F = 26,23852$, levando a uma probabilidade $= 0,000001$ e concluindo que $p < 0,05$, e indica que existe diferença significativa e que a média de G1 é significativamente maior que G2.

Tabela 15 – Características dos sujeitos atribuídas pelas professoras comparando-se os dois grupos

Características	G1		G2		N	Prova utilizada	p	Conclusão
	A*	P*	A*	P*				
Agressivo	29	4	95	0	128	Prova de Fisher	0,0038	p<0,05
Inquieto	20	13	80	15	128	$\chi^2c=7,98505$	0,00471	p<0,05
Curioso	21	12	51	44	128	$\chi^2c=0,985737$	0,320789	p>0,05
Alegre	11	22	17	78	128	$\chi^2c=3,4159$	0,064574	p>0,05
Obediente	12	21	16	79	128	$\chi^2c=5,4657$	0,019441	p<0,05
Introvertido	26	7	76	19	128	$\chi^2c=0,022231$	0,881474	p>0,05
Cooperativo	22	11	40	55	128	$\chi^2c=5,91586$	0,015007	p<0,05
Falante	16	17	49	46	128	$\chi^2c=0,093813$	0,759385	p>0,05
Tranquilo	23	10	42	53	128	$\chi^2c=6,3652$	0,011640	p<0,05
Seguro	27	6	57	38	128	$\chi^2c=5,16836$	0,023004	p<0,05
Triste	31	2	90	5	128	Prova de Fisher	0,5663	p>0,05
Persistente	32	1	86	9	128	Prova de Fisher	0,2155	p>0,05
Com problemas Interpessoais	27	6	95	0	128	Prova de Fisher	0,002	p<0,05
Rejeitado pelos colegas	28	5	95	0	128	Prova de Fisher	0,009	p<0,05

*A= Ausente *P=Presente

Observando-se a Tabela 15, verifica-se que as freqüências encontram-se aumentadas ou diminuídas em relação às esperadas para algumas características, quando comparamos G1 e G2, como é o caso das seguintes características: agressivo, inquieto, obediente, cooperativo, tranquilo, seguro, com problemas interpessoais e rejeitado pelos colegas.

Para outras características como curioso, alegre, introvertido, falante, triste e persistente, as freqüências obtidas e esperadas não encontraram-se alteradas.

As análises estatísticas efetuadas através da Probabilidade Exata de Fisher ou do χ^2 , revelaram diferenças significativas para as características citadas em que houve alteração nas freqüências, permitindo que se diga que existe

associação entre maior agressividade, inquietação, problemas interpessoais e rejeição com problemas de atenção, da mesma forma acontecendo com menor obediência, cooperação, tranquilidade e segurança.

De outra forma, as análises estatísticas realizadas com as frequências que não se encontravam alteradas, através do χ^2 ou Probabilidade Exata de Fisher, indicam que curiosidade, alegria, introversão, ser falante, tristeza e persistência não se associaram, neste estudo, à presença de problemas de atenção.

Tabela 16 - Resultados da avaliação neurológica obtidos pelos dois grupos

Exames	G1		G2			χ^2 com correção	p	Conclusão
	N*	AL*	N*	AL*				
ENEVA	15	62	12	29	118	1,4525	0,2281	p>0,05
ENT	54	26	23	15	118	0,2004	0,8862	p>0,05

GL=1

*N = Normal *AL = Alterado

Os dados da Tabela 16 revelam que com relação aos resultados do ENEVA, G1 é composto por 15 sujeitos que apresentaram exame normal e 62 apresentaram exame alterado, e G2 é composto por 12 sujeitos com exame normal e 29 com exame alterado.

A análise estatística destes dados aponta para um $\chi^2 = 1,4525$ e uma probabilidade = 0,22812, sendo p>0,05, e é possível concluir que resultados alterados ou normais no ENEVA não estão associados a problemas com a atenção.

Na Tabela 16, encontram-se os resultados dos dois grupos para o ENT, observa-se que G1 é formado por 54 sujeitos com resultado normal e 26 com

resultado alterado, e G2 é formado por 23 sujeitos com resultado de exame normal e 15 com resultado alterado.

A análise estatística revela um $\chi^2= 0,2047$ e uma probabilidade= $0,8862$, sendo $p>0,05$, e é possível concluir que resultados normais ou alterados não se encontram associados a problemas de atenção.

ETAPA 2 - Comparação dos resultados obtidos pelos sujeitos com possível ADD (GA) e sem indícios de problemas de atenção (GB).

Tabela 17 - Sexo dos sujeitos dos dois grupos, comparando-se as frequências observadas

Sexo	GA	GB		p	Conclusão
Feminino	2	47	49	Fisher	p<0,05
Masculino	12	48	60		
Totais	14	95	109		

Observa-se pela Tabela 17 que GA é composto por 47 sujeitos do sexo feminino e 48 do sexo masculino, enquanto GB é composto por 2 sujeitos do sexo feminino e por 12 do sexo masculino.

Realizada a análise estatística através da prova Probabilidade Exata de Fisher, encontrou-se uma probabilidade= $0,01$, sendo $p<0,05$, e permite-se dizer que sexo e possível ADD encontram-se associados.

Tabela 18 - Qualidade do desempenho escolar dos sujeitos, comparando-se as frequências observadas nos dois grupos

Qualidade	GA	GB		P	Conclusão	
Ótimo, Bom e Regular	8	92	100	Fisher	0.001	p<0,05
Ruim e Péssimo	6	3	9			
Totais	14	95	109			

A análise da Tabela 18 revela que GA é composto por 8 sujeitos com desempenho escolar considerado pela professora como ótimo, bom ou regular e por 6 sujeitos com desempenho ruim ou péssimo; e GB é composto por 92 sujeitos com desempenho ótimo, bom ou regular, e 3 com desempenho ruim ou péssimo.

Realizada a análise estatística através da Probabilidade Exata de Fisher, encontrou-se uma probabilidade=0,0001, sendo p<0.05, e é possível dizer que desempenho escolar insatisfatório está associado a provável diagnóstico de ADD.

Tabela 19 - Ritmo de trabalho dos sujeitos, comparando-se as frequências observadas nos dois grupos

Ritmo*	GA	GB		p	Conclusão	
Rápido	0	22	22	Fisher	0.0001	p<0,05
Lento	12	13	25			
Totais	12	35	47			

*As frequências totais são menores por não ter sido comparada a categoria ritmo normal.

A análise da Tabela 19 revela que dos 12 sujeitos analisados entre o total de 14 do GA, nenhum apresentou ritmo de trabalho rápido, enquanto de 35 sujeitos analisados em GB, 22 sujeitos apresentaram ritmo de trabalho rápido e 13 apresentaram ritmo lento.

Realizada a análise estatística, através da prova Probabilidade Exata de Fisher, encontrou-se uma probabilidade=0,0001, sendo $p < 0.05$, e é permitido dizer que ritmo de trabalho lento está associado a provável diagnóstico de ADD .

Tabela 20 - Frequências observadas de sujeitos com trabalho silencioso ou ruidoso, comparando-se os dois grupos

Trabalho*	GA	GB		p	Conclusão	
Silencioso	5	60	65	Fisher	0.0494	$p < 0.05$
Ruidoso	9	35	44			
Totais	14	95	109			

Através dos dados da Tabela 20, pode-se observar que, dos 14 sujeitos que formaram GA, 5 apresentaram trabalho silencioso e 9 apresentaram trabalho ruidoso em sala segundo a percepção da professora. Dos 95 sujeitos que formaram GB, 60 sujeitos apresentaram trabalho silencioso, e 35, ruidoso .

A realização da análise estatística, através da prova estatística, Probabilidade Exata de Fisher, encontrou-se uma probabilidade=0,0494, sendo $p < 0.05$, e é permitido dizer que trabalho ruidoso está associado a provável diagnóstico de ADD .

Tabela 21 - Ocorrência de brigas em sala de aula observadas pela professora, comparando-se os dois grupos

Ocorrência*	GA	GB		p	Conclusão	
Freqüentemente ou Ocasionalmente	9	4	13	Fisher	0,0000	P<0.05
Raramente ou Nunca	5	91	96			
Totais	14	95	109			

A análise da Tabela 21 revela que GA foi composto por 9 sujeitos que apresentam comportamento de brigar freqüente ou ocasionalmente e por 5 sujeitos que o apresentam raramente ou nunca, enquanto GB é composto por 4 sujeitos que apresentam este comportamento freqüente ou ocasionalmente e 91 que o apresentam raramente ou nunca.

Realizada a análise estatística através da Probabilidade Exata de Fisher, encontrou-se uma probabilidade=0,0000, sendo $p<0.05$, e é possível dizer que comportamento de brigar freqüente ou ocasionalmente associa-se a provável diagnóstico de ADD .

Tabela 22 - Ocorrência de interrupção da professora ou dos colegas em sala de aula observada pela professora, comparando-se os dois grupos

Ocorrência*	GA	GB		p	Conclusão	
Freqüentemente ou Ocasionalmente	10	13	23	Fisher	0,0000	P<0.05
Raramente ou Nunca	4	82	86			
Totais	14	95	109			

Quanto ao comportamento de interromper a professora ou os colegas, através dos dados da Tabela 22, observa-se que em GA, isto ocorre para 10 dos sujeitos freqüente ou ocasionalmente, enquanto em GB isto ocorre para 13 dos

sujeitos. O mesmo comportamento ocorre raramente ou nunca para 4 dos sujeitos de GA e para 86 sujeitos de GB.

Realizada a análise estatística através da prova de Fisher, verificou-se uma probabilidade = 0.0000, sendo $p < 0.05$, e é possível dizer que o comportamento de interromper professora ou colegas e prováveis casos de ADD estão associados.

Tabela 23 - Ocorrência do comportamento de "desassossego" em sala de aula observada pela professora, comparando-se os dois grupos

Ocorrência*	GA	GB		p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	11	9	20	Fisher	0,0000 $p < 0.05$
Raramente ou Nunca	3	86	89		
Totais	14	95	109		

A Tabela 23 mostra que GA foi formado por 11 sujeitos que exibem comportamento de desassossego freqüente ou ocasionalmente, enquanto 3 o exibem raramente ou nunca. GB foi composto por 9 sujeitos que exibem este comportamento freqüente ou raramente e por 86 que o exibem raramente ou nunca.

A análise estatística revelou, através da prova de Fisher, uma probabilidade=0,0000, sendo $p < 0,05$, e é possível dizer que comportamento de desassossego e possível ADD estão associados.

Tabela 24 - Ocorrência do comportamento de "desassossego" em sala de aula observada pela professora, comparando-se os dois grupos

Freqüência	GA	GB		p	Conclusão
Sem problemas	14	92	106	Fisher	0,6593 $p > 0.05$
Falta muito	0	3	3		
Totais	14	95	109		

Os dados da Tabela 24 mostram que, em GA, nenhum sujeito tem problemas com a assiduidade às aulas em GB, isto não ocorre para 92 sujeitos e ocorre para 3 sujeitos.

A prova de Fisher aplicada às frequências revela uma probabilidade = 0,6593, com $p > 0,05$, e pode-se afirmar que neste estudo ausência às aulas e possível diagnóstico de ADD não se encontram associados

Tabela 25 - Ocorrência de deveres de casa realizados, comparando-se os dois grupos

Ocorrência	GA	GB			p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	9	93	102	Fisher	0,0003	$p < 0,05$
Raramente ou Nunca	5	2	7			
Totais	14	95	109			

Os deveres de casa, conforme dados da Tabela 25, são realizados freqüente ou ocasionalmente por 9 sujeitos de GA e por 93 de GB, enquanto são realizados raramente ou nunca por 5 sujeitos de GA e por 2 sujeitos de GB.

A análise estatística destas frequências, através da prova de Fisher, levou a uma probabilidade = 0,0003, sendo $p < 0,05$, e é possível dizer que ausência de deveres de casa e prováveis casos de ADD estão associados.

Tabela 26 - Ocorrência de boa qualidade de trabalho apresentada em sala de aula pelos dois grupos, segundo a professora

Frequência	GA	GB			p	Conclusão
Freqüentemente ou Ocasionalmente	6	89	95	Fisher	0,0000	$p < 0,05$
Raramente ou Nunca	8	6	14			
Totais	14	95	109			

A qualidade de trabalho em sala de aula é boa, conforme dados da Tabela 26, freqüente ou ocasionalmente para 6 sujeitos de GA e para 89 de GB, enquanto é boa raramente ou nunca para 8 sujeitos de GA e para 6 sujeitos de GB.

A análise estatística destas freqüências, através da prova de Fisher, levou a uma probabilidade = 0,0000, sendo $p < 0,05$, e é possível dizer que boa qualidade de trabalho em sala de aula ausente e prováveis casos de ADD estão associados.

Tabela 27 - Ocorrência de boa qualidade de trabalho apresentada em casa pelos dois grupos, segundo a professora

Frequência	GA	GB		p	Conclusão	
Freqüentemente ou Ocasionalmente	7	91	98	Fisher	0,0000	$p < 0,05$
Raramente ou Nunca	7	4	11			
Totais	14	95	109			

A qualidade de trabalho realizado em casa é boa, conforme dados da Tabela 27, freqüente ou ocasionalmente para 7 sujeitos de GA e para 91 de GB, enquanto é boa raramente ou nunca para 7 sujeitos de GA e para 4 sujeitos de GB.

A análise estatística destas freqüências, através da prova de Fisher, levou a uma probabilidade = 0,0000, sendo $p < 0,05$, e é possível dizer que boa qualidade de trabalho realizado em casa ausente e prováveis casos de ADD estão associados.

Tabela 28– Análise da Variância entre as médias obtidas pelos dois grupos nas escalas de atitude.

Escala	GL	Médias		F	p	Conclusão
Atitude/escola	107	GA=15,21	GB=16,81	,5,84087	0,003758	p<0,05
Atitude/colegas	107	GA=8,78	GB=10,56	6,81340	0,001554	p<0,05
Atitude/si	107	GA=8,00	GB=9,85	10,4717	0,000062	p<0,05

Observando-se os dados da Tabela 28 , é possível verificar que as média de GA são significativamente inferiores, após a realização da prova estatística da análise de variância. Significa dizer que as pontuações de GA são menores e, desta forma, menos positivas.

Tabela 29 – Análise da Variância entre as médias de pontuação para popularidade e rejeição nos dois grupos.

Qualidade	GL	Médias		F	p	Conclusão
Popularidade	107	GA=1,28	GB=3,16	5,9624	0,0162	p<0,05
Rejeição	107	GA=6,14	GB=1,51	46,0168	0,0000	p<0,05

Observando-se os dados da Tabela 29, é possível verificar que para popularidade as médias de GA, são significativamente inferiores, enquanto para rejeição são significativamente superiores, após a realização da prova estatística da análise de variância. Significa dizer que os sujeitos de GA, são menos pontuados para popularidade e mais pontuados para rejeição.

Tabela 30 – Características dos sujeitos atribuídas pelas professoras comparando-se os dois grupos

Características	GA		GB		N	Prova utilizada	p	Conclusão
	A*	P*	A*	P*				
Agressivo	11	3	95	0	109	Prova de Fisher	0,0017	p<0,05
Inquieto	6	8	80	15	109	Prova de Fisher	0,0016	p<0,05
Curioso	10	4	51	44	109	Prova de Fisher	0,1689	p>0,05
Alegre	6	8	17	78	109	Prova de Fisher	0,0433	p<0,05
Obediente	10	4	16	79	109	Prova de Fisher	0,0001	p<0,05
Introverso	11	3	76	19	109	Prova de Fisher	0,5630	p>0,05
Cooperativo	11	3	40	55	109	Prova de Fisher	0,0110	p<0,05
Falante	4	10	49	46	109	Prova de Fisher	0,0922	p>0,05
Tranquilo	13	1	42	53	109	Prova de Fisher	0,0005	p<0,05
Seguro	14	0	57	38	109	Prova de Fisher	0,0015	p<0,05
Triste	12	2	90	5	109	Prova de Fisher	0,2205	p>0,05
Persistente	13	1	86	9	109	Prova de Fisher	0,6229	p>0,05
Com problemas Interpessoais	9	5	95	0	109	Prova de Fisher	0,0000	p<0,05
Rejeitado pelos colegas	11	3	95	0	109	Prova de Fisher	0,0017	p<0,05

*A= Ausente P=Presente

Observando-se a Tabela 30, verifica-se que as freqüências encontram-se aumentadas ou diminuídas em relação às esperadas para algumas características, quando comparamos GA e GB, como é o caso das seguintes características: agressivo, inquieto, alegre, obediente, cooperativo, tranquilo, seguro, com problemas interpessoais e rejeitado pelos colegas.

Para outras características como curioso, introvertido, falante, triste e persistente, as freqüências obtidas e esperadas não se encontraram alteradas.

As análises estatísticas efetuadas através da Probabilidade Exata de Fisher, revelaram diferenças significativas para as características citadas nas quais houve alteração nas freqüências, permitindo que se diga que existe

associação entre maior agressividade, inquietação, problemas interpessoais e rejeição com possíveis casos de ADD, da mesma forma acontecendo com menor obediência, cooperação, alegria, tranquilidade e segurança.

De outra forma, as análises estatísticas realizadas com as frequências que não se encontravam alteradas, através do χ^2 ou Probabilidade Exata de Fisher, indicam que curiosidade, alegria, introversão, ser falante, tristeza e persistência não se associaram, neste estudo, à presença de problemas de atenção.

Tabela 31 - Resultados da avaliação neurológica obtidos por GA e GB

Exames	GA		GB			Prova	p	Conclusão
	N*	AL*	N*	AL*				
ENEVA	3	7	62	29	101	Fisher	0,02	p<0,05
ENT	5	5	62	29	101	Fisher	0,20	p<0,05

*N = Normal

*AL = Alterado

Os dados observados na Tabela 31 revelam que, quanto à avaliação neurológica, utilizando-se o Exame Neurológico Evolutivo Versão Abreviada, 3 sujeitos de GA possuem avaliação normal enquanto 7 possuem resultado alterado. Em GB, observa-se que 62 sujeitos possuem resultados normais e 29 alterados.

Para o Exame Neurológico Tradicional, observa-se que 5 sujeitos apresentam resultados normais e 5 apresentam resultados alterados, enquanto em GB, 62 resultados estão alterados e 29 estão normais.

A realização da análise estatística, através da prova de Fisher, revela que não existe diferença significativa entre os grupos para resultados alterados e

normais no ENT, porém existe diferença significativa quando utilizado o ENEVA, com maior número de resultados alterados.

É permitido afirmar que, neste estudo, alterações neurológicas e possíveis casos de ADD estão associados, levando em conta os resultados do ENEVA, o mesmo não sendo verdadeiro para o ENT.

Tabela 32 – Classificação dos possíveis casos de ADD identificados

TIPO	FREQUÊNCIA
Desatento	8
Combinado	4
Hiperativo/impulsivo	2
TOTAL	14

A Tabela 32 permite verificar que, dentre os 14 casos possíveis de diagnóstico de ADD, 8 poderiam ser classificados como tipo desatento, 4 como do tipo combinado e 2 do tipo hiperativo/impulsivo.

Entre os casos possíveis de diagnóstico de ADD, não foi observada pontuação maior do que 30 no instrumento RIA

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos dos 128 sujeitos, que compuseram a amostragem, subdivididos em grupos distintos, não serão discutidos conforme sua apresentação na seção anterior.

Os resultados das etapas um e dois serão analisados conjuntamente, além de serem agrupados características e comportamentos, verificados por meio dos instrumentos utilizados, para facilitar o entendimento dos dados.

É preciso esclarecer, antes de que os resultados sejam discutidos, que as afirmações aqui contidas, às vezes enfáticas, são conclusões relativas aos resultados obtidos neste estudo, não podendo ser generalizadas para a população de maneira geral.

Outro esclarecimento a ser feito refere-se à pesquisa dos comportamentos e características investigados; A maioria deles foi definida pelos critérios utilizados atualmente para identificar problemas de atenção, além disto, algumas destas características ou comportamentos são investigados mais que uma vez, para que, mesmo sem ter a certeza de sua presença, ao menos se tivesse uma ratificação, que fosse indicativa.

A formação dos grupos na **primeira etapa**, baseada na correção do RIA, na qual sujeitos que obtiveram escores inferiores a 30 passaram a fazer parte do G1, no qual foi verificada a presença de problemas de atenção, foi corroborada pela

presença do número de sinais aumentados ligados a problemas de atenção, definidos pelos DSM-III-R e DSM-IV.

Conforme é possível verificar na Tabela 13 e no Gráfico 2, os sinais que indicam desatenção e/ou impulsividade/hiperatividade nos **DSM-III-R** e **DSM-IV** foram muito menos evidenciados ou presentes no G2, quando comparado ao número de marcações para o G1.

Os critérios descritos no DSM-III-R e DSM-IV são critérios diagnósticos aceitos mundialmente como básicos, e a literatura traz com relativa frequência estudos comparando resultados obtidos em ambas as listas de verificação, ou apenas a do DSM-IV, por ser mais recente, mais criteriosa e apresentar excelente correlação com a versão anterior (BIEDERMAN et al. ,1997).

Neste estudo, também foi realizada a correlação entre os resultados de ambos, para o que se teve resultado positivo no nível de significância 0,05, com uma correlação 0,96 e uma probabilidade igual a 0,000.

O estudo de escolares subdivididos em grupos, de acordo com a intensidade de problemas de atenção manifestados, também foi considerado por pesquisadores como HERRERO et al.(1994) como procedimento positivo e valioso para o detalhamento e comparação de características comportamentais, sobretudo considerando particularidades de diferentes faixas etárias.

Na **segunda etapa**, procedeu-se com a definição de um novo grupo, feita pela utilização dos critérios diagnósticos do DSM-IV, que levou a formação de um grupo menor, GA, com a característica de serem os problemas de atenção mais evidenciados.

BARABAZ & BARABAZ (1996), ao afirmar que a elaboração do DSM-IV representou considerável avanço para a investigação dos problemas de atenção, comprovam a importância deste material como auxiliar no diagnóstico da problemática aqui estudada.

Embora estas listas de verificação de sinais sejam utilizadas para que o diagnóstico seja preciso tanto nos casos em que a hiperatividade encontra-se presente quanto não, neste estudo sua aplicação não pretendeu ser conclusiva.

Desta forma, os termos utilizados sempre foram precedidos das palavras "com indícios", "com a presença de problemas", "com suspeita de", "possíveis casos", para que não se tenha idéias conclusivas a respeito dos achados.

Assim, nesta amostra os sinais que definem desatenção e/ou impulsividade/hiperatividade foram mais marcados para G1, e posteriormente para GA.

Na formação de GA, foi possível observar que todos os sujeitos que formaram este grupo obtiveram resultado inferior a 30 no RIA, dado este que reforça o fato deste instrumento poder ser utilizado como um roteiro auxiliar na detecção dos problemas de atenção, conforme demonstrado em estudo anterior, por TONELOTTO (1994).

Parece interessante utilizar este instrumento de avaliação em amostras maiores, para que possa ser padronizado e utilizado por outros pesquisadores, que pelo tema possam interessar-se, já que o mesmo conseguiu tirar da amostra como um todo, um percentual de sujeitos com problemas de atenção mais generalizados.

A **prevalência** de possíveis casos de ADD foi de 10,9%, percentual, este compatível com os achados de estudos relevantes como CARRASCO et al. (1995), COCCIARELLA et al.(1995), O'CONNEL (1996) e PERRIN & LAST (1996).

Este percentual está acima daquele considerado por pesquisadores conceituados e experientes como BARKLEY (1990, 1997). Considere-se, no entanto, que a prevalência da ADD é tão discutível quanto o seu diagnóstico, já que não existe metodologia apropriada para sua avaliação e a variedade de critérios adotados é grande.

Outro aspecto importante é que o percentual a que se refere neste estudo, não está relacionado a diagnósticos fechados ou conclusivos, fala-se apenas em "possíveis" diagnósticos, e, neste caso, a aferição mais completa, por meio de outros instrumentos, talvez pudesse revelar uma prevalência diferente da encontrada.

Neste estudo, verificou-se que o **sexo** masculino foi predominante em G1 e posteriormente em GA como pode ser verificado nas Tabelas 1 e 17. Esta comparação foi efetuada, tomando-se como referência o fato de encontrarmos na literatura citações sobre a predominância do sexo masculino associada aos problemas de atenção, numa proporção que pode variar de 3 a 9:1 (SEARIGHT et al.1994; BARBOSA, 1994; O'CONNEL,1996)

A proporção encontrada neste estudo para indícios de problemas de atenção foi de 2,66:1; e posteriormente para possíveis casos de ADD, de 7:1, com observação de diferença significativa em ambos os casos, pela utilização das provas estatísticas, evidenciando a existência de associação entre sexo masculino e problemas de atenção, com proporções variáveis entre 3 e 7:1.

Independentemente da intensidade dos problemas verificados, a predominância dos sexo masculino foi um fato.

É importante lembrar que embora a maioria dos estudos faça referência a resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, McARDLE (1995) discorda destes achados, afirmando que ADD não é um fenômeno exclusivamente masculino e que se manifesta na mesma proporção para ambos os sexos.

BARABASZ & BARABASZ (1996) também observam de forma destacada que o que difere de fato é a presença de comportamentos agressivos, já que, na opinião destes autores, as meninas são mais contidas no relacionamento social e interpessoal e assim dificultam a identificação de alguns sintomas considerados importantes.

Outra questão é que dentre os grupos de sujeitos que manifestaram problemas de atenção, em diferentes graus, não se pode afirmar que sejam ADD, pois uma afirmativa desta natureza requer a utilização de outros instrumentos de avaliação.

Os resultados encontrados referem-se apenas à associação do sexo masculino com problemas de atenção de forma geral, que pode colaborar no sentido de auxiliar ou servir de base a estudos posteriores.

Estudados os resultados dos sujeitos de G1 e de GA, o que foi possível verificar é que GA na verdade é um subconjunto de G1, e na medida em que todos os sujeitos que dele fizeram parte também foram sujeitos de G1.

No grupo menor e formado pela aplicação e utilização dos critérios do DSM-IV, a proporção de sujeitos do sexo masculino aumentou muito, ou seja subiu de 3 para 7:1. Foi encontrada diferença significativa quando a proporção era menor, e

posteriormente foi intensificada quando a a proporção aumentou, tornando evidente o fato de o sexo masculino estar associado a problemas de atenção, independentemente do grau, ou de serem os mesmos mais ou menos acentuados.

Em relação ao **desempenho escolar**, foi verificada uma atribuição da professora como ruim ou péssimo mais incidente proporcionalmente, tanto no G1, quanto no GA, e em GA a evidência de ruim e péssimo, conforme mostrou a Tabela 19, foi bastante grande. Nos dois grupos de sujeitos com problemas de atenção, o desempenho escolar foi observado como significativamente inferior, e as diferenças encontradas foram significativas pela utilização da análise estatística, conforme os dados que podem ser visualizados nas Tabelas 2 e 19.

Estes achados são semelhantes aos descritos na literatura, quando se destaca que as falhas acadêmicas são características básicas de crianças desatentas, como pode ser observado nos estudos de WALLAUER (1996), BIEDERMAN et al. (1996).

De outra forma o DSM-IV, destaca que para a identificação do transtorno de atenção é condição necessária que o desempenho escolar ou acadêmico encontre-se prejudicado, fato este que levou à pesquisa deste aspecto e pode ser encontrado nos resultados obtidos pela amostra.

Tomando a consideração que a atenção é processo imprescindível para a aprendizagem, sendo necessária desde que um estímulo é percebido até o momento em que ele é devolvido ao meio sob a forma de resposta que deve ser avaliada (OAKLANDER,1994), torna-se mais fácil entender a origem das falhas acadêmicas em crianças que enfrentam problemas de atenção.

A falta de atenção é vista por alguns autores como causa e por outros como consequência de problemas com a aprendizagem, caracterizando muitas vezes as falhas ou problemas encontrados durante o período escolarização.

Outras vezes, as falhas de atenção estão ligadas a aspectos que não se definem como falhas acadêmicas, mas como colaboradores para que elas ocorram, como é o caso da ansiedade, depressão, desordens de conduta, etc.

Considerando-se que a aprendizagem escolar é uma integração do pensar, sentir, ouvir, agir e falar e que os fatores internos e pessoais podem determinar falhas no processo de aprendizagem como um todo, fica mais fácil que se entenda a colaboração a que se referiu no parágrafo acima.

A concomitância de sintomas nos casos em que a ADD está presente é relatada com freqüência; além de representar uma interferência no processo de aprendizagem, como foi visto, é um aspecto que colabora para a dificuldade de se estabelecer um diagnóstico com maior precisão, na medida em que sintomas de diversas etiologias são manifestados conjuntamente (BARKLEY, 1990).

As principais implicações da falta de atenção no prejuízo da aprendizagem, provavelmente situem-se sobre o fato de ser comum encontrar-se em crianças com problemas de atenção, falhas de memória e falta de organização do conhecimento a ser adquirido.

Pouco se sabe a respeito dos tipos de prejuízo acadêmicos encontrados no ADD, e este aspecto, ao ser investigado, poderá oferecer dados interessantes e colaboradores para profissionais interessados na temática (MARSHALL, 1997).

Neste estudo, não se teve a preocupação de detalhar a avaliação do desempenho escolar, que é apenas uma percepção da professora, do

desempenho dos sujeitos como ótimo, bom, regular, ruim ou péssimo, embora não se considere que o desempenho escolar possa ser definido apenas por uma apreciação deste tipo, o número considerável de variáveis que o compõem não foi contemplado no presente estudo.

Sugere-se que estudos posteriores sobre desempenho acadêmico e presença de habilidades em crianças desatentas sejam realizados, na tentativa de definir melhor os tipos de falhas manifestadas, situações nas quais elas se apresentam, além de verificar qual o papel das habilidades de que depende o desempenho escolar.

Estas definições poderiam contribuir para as mudanças de métodos necessárias no contexto de sala de aula, para melhor aproveitamento escolar, por parte de crianças desatentas.

Além disto, é importante destacar que o número de crianças que fracassam no âmbito acadêmico é crescente, segundo o que observa WEISSBERG (1994), e desta forma todo trabalho realizado para o enfrentamento desta questão certamente poderá beneficiar grande número de crianças.

Uma última pontuação a ser feita é que, embora tenha-se encontrado um percentual de 10,9% de possíveis casos de ADD, o percentual de crianças que apresentam problemas de atenção chegou a 26%, que pode ser considerado razoável em relação ao número de sujeitos estudados.

Levados em conta os percentuais acima e considerando-se que a atenção tem papel de destaque no processo de aprendizagem, parece que avaliações da aprendizagem e da atenção são merecedoras de consideração mais enfática e alvo de pesquisas que possam contribuir para que os problemas relacionados à

falta de atenção e ADD sejam vistos como uma realidade que não é possível ignorar.

Como foi salientado por SEIDMAN (1997), o custo do diagnóstico de ADD é alto e um entrave para que o mesmo seja feito. Esta afirmativa é feita para uma realidade norte americana em que estes problemas são reconhecidos e que dispõe de recursos adequados para a saúde e educação, se comparada com a realidade brasileira.

Imagine-se no Brasil, com todas as dificuldades políticas e socio-econômicas vigentes, como esta questão é abordada, agravada pelo fato de se ignorar diagnósticos como o de ADD.

Quando observado o **ritmo** de trabalho dos sujeitos em sala de aula, comparando-se os grupos, inicialmente G1 e G2 e posteriormente GA e GB, foi verificada a existência de diferença significativa, como pode ser observado nas Tabelas 3 e 19, tendo havido aumento das frequências para lentidão, sobretudo em GA, em que nenhum dos sujeitos foi identificado como possuidor de um ritmo de trabalho rápido.

A correlação dos escores do RIA com o tempo gasto pelos sujeitos para realizá-lo também serve de referencial, já que, conforme observado na seção anterior, quanto maior o resultado dos sujeitos no RIA, menor o tempo gasto para realizá-lo.

A associação entre lentidão no trabalho realizado em sala de aula e presença de problemas de atenção também foi observada no estudo realizado por TONELOTTO (1994).

Lembrando que a presença de falhas de organização e interesse reduzido pela aprendizagem é comum para a maioria de crianças desatentas, talvez se possa explicar a lentidão na realização dos trabalhos em sala de aula.

Outra característica comum de crianças desatentas é a dificuldade em terminar as tarefas que iniciam, mudando a direção de seus interesses constantemente. Este aspecto diz respeito também à pouca **persistência** observada nestas crianças, que, no caso deste estudo, não foi observada como diferencial entre os dois grupos, conforme dados das Tabela 15 e 26.

Este achado não se contrapõe aos achados se forem levados em conta estudos como os de BARABASZ & BARABASZ (1996), em que os autores afirmam que não necessariamente a pouca persistência está presente em todas as atividades.

Outro ponto a ser observado é que a forma da coleta de dados pode ter sido equivocada, provavelmente uma coleta mais criteriosa e dirigida, detalhando-se situações e condições de atividades para a persistência estar presente, talvez pudesse ser mais esclarecedora.

O detalhamento das situações para identificação de maior ou menor persistência nos casos de ADD deve considerar as diferenças de manifestações da mesma em ambientes diversificados (BARABASZ & BARABASZ, 1996).

O estudo mais detalhado da persistência em crianças desatentas pode ser tão interessante quanto pode auxiliar na busca de metodologias em sala de aula, já que, conforme LUFU & PARISH-PLASS (1995), ela e a impulsividade provavelmente sejam faces de uma mesma moeda, e não se pode trabalhar com a redução da impulsividade sem que se trabalhe com o aumento da persistência.

Quanto à **boa qualidade** do trabalho realizado em **sala de aula**, verifica-se nas Tabelas 10 e 26, que isto ocorre raramente ou nunca numa proporção maior para G1, e posteriormente para GA, implicando em que os trabalhos realizados sem qualidade associam-se a problemas de atenção.

Provavelmente, a boa qualidade na realização dos trabalhos possa estar relacionada ao interesse pela educação e aprendizagem de uma forma geral e também às atitudes negativas relacionadas ao contexto escolar, aspectos estes que ao serem verificados, parecem presentes no grupo de sujeitos desatentos.

Ainda pode estar associada ao locus de controle, que no caso de crianças é mais externo, possibilitando que os fracassos sejam atribuídos à sorte ou ao destino, por exemplo (MUSSEN et al., 1995; LUFU & PARISH-PLASS, 1996).

Outro ponto a ser investigado é o *feed-back* recebido por estes sujeitos e como este *feed-back* pode interferir na realização dos trabalhos acadêmicos. WEISS (1992) afirma que a aprendizagem formal, realizada pela escola, é uma integração de fatores internos e externos, indissociáveis, e para as crianças que manifestam problemas de atenção muitos dos aspectos que fazem parte dos fatores internos e externos apresentam-se alterados.

Há que se mencionar que estas crianças sofrem grande rejeição, conforme detalhamento a ser apresentado posteriormente, e o fato de exibirem comportamentos anti-sociais colabora para que o *feed-back* por elas recebido, não seja positivo.

Quanto ao fato de serem mais ou menos **barulhentas** em sala de aula, comportamento citado no DSM-III-R e DSM-IV como critério para identificação dos problemas de atenção, não foi revelada diferença significativa entre o

desempenho dos grupos G1 e G2, conforme demonstrado nas Tabela 2, porém quando foram comparados GA e GB (lembrando que GA é na verdade um subgrupo de G1) a diferença foi significativa, conforme dados da Tabela 20.

Este resultado foi em parte corroborado pela presença da característica de ser ou não **falante**, demonstrada nas Tabelas 14 e 30. Não existe diferença significativa para esta característica, quando se comparam os grupos, tanto na primeira quanto na segunda etapa.

Provavelmente, a exposição à informação das crianças, hoje, interfira neste aspecto, e seja mais comum hoje o fato de encontrarmos sujeitos mais falantes independentemente da presença ou não de problemas que possam associar-se a este fato.

O estímulo à informação também pode contribuir para que de uma forma geral as crianças sejam menos quietas, mas a questão da transição de padrões e imposição dos limites também deve ser observada. A forma de trabalhar os limites em casa e na escola podem influenciar este aspecto.

Quanto ao comportamento de **brigar**, conforme assinalado pela professora, observou-se diferença significativa entre as frequências apresentadas pelos dois grupos, conforme dados das Tabelas 5 e 21, e este comportamento é mais presente no grupo dos sujeitos, onde estão presentes os problemas de atenção e mais intensificados.

Este fato é corroborado por ter sido encontrada maior incidência de presença de comportamentos **agressivos** em G1, quando comparado ao G2, e em GA quando comparado com GB. Houve diferença significativa para este

aspecto, nas duas etapas de análise de dados e apresentação de resultados, como pode ser observado nas Tabela 15 e 30.

Muitos estudos enfatizam que comportamento agressivo e facilidade para envolver-se em confusões, definidos como comportamentos anti-sociais, são mais freqüentes em crianças com problemas de atenção, sobretudo, quando existe hiperatividade (CASAT et al.,1995; KAPLAN et al.,1995). BROWN & NIXON (1997) demonstram em seu estudo que os comportamentos tidos como anti-sociais estão mais presentes no sexo masculino que no feminino, quando se comparam ambos, além de reforçar o fato de os problemas de atenção serem também mais comuns no sexo masculino. Destaque-se que estes dois aspectos foram encontrados neste estudo, conforme descrito pelos autores.

A presença do comportamento agressivo é percebida em alguns estudos como causa e em outros como conseqüência de alguns comportamentos tidos como inadequados, sendo importante destacar que os comportamentos anti-sociais se encadeiam de forma que um origina outro e vice-versa, e muitas vezes estão presentes como sinônimo de auto-proteção ou defesa da freqüente exposição a situações insatisfatórias (WALDMAN,1996).

Outra limitação deste estudo diz respeito ao fato de não se ter indagado a professora a respeito de seus sentimentos e/ou atitudes em relação aos alunos, já que é comum no ambiente acadêmico que crianças agressivas e/ou desatentas sejam rejeitadas inclusive por seus professores (ERHARDT & HINSHAW,1994).

Uma avaliação feita pela professora, mais ampla e detalhada poderia certamente oferecer subsídios para identificação de possíveis sentimentos de rejeição, como e por que se manifestam.

Além da contribuição para o diagnóstico, estes dados poderiam transformar-se em auxílio na melhoria das relações aluno/professor, o que certamente beneficiaria crianças com qualquer problema de aprendizagem.

A presença das características e comportamentos supra-citados pode estar associada ao fato de terem sido encontrados resultados que apontam para uma **rejeição por parte dos colegas** sofrida pelos sujeitos de G1 e GA. Conforme observa-se nas Tabelas 15 e 30, em que as diferenças significativas foram apresentadas, a rejeição encontra-se associada aos problemas de atenção, no presente estudo.

Os dados do sociograma, que podem ser vistos nas Tabelas 14 e 29, corroboram com as observações da professora, quando se observa que, em termos de número de marcações, as médias diferem para os dois grupos com maior incidência de rejeição em G1 e GA.

A marcação para **popularidade**, verificada nas mesmas Tabelas referidas no item acima, não se apresentou diferente na comparação de G1 e G1, porém, quando foram comparados GA e GB, as média diferiram, mostrando que as crianças com possível diagnóstico de ADD são muito menos escolhidas pelos colegas como companheiras agradáveis para trabalhar ou estudar.

Quando se estuda o desenvolvimento infantil, verifica-se que existe uma tendência forte e presente em crianças da faixa etária estudada em rejeitar comportamentos agressivos de seus pares ou colegas, conforme foi observado por MUSSEN et al. (1995).

A boa qualidade das relações com professores e com colegas é imprescindível para uma série de processos a serem vividos pelas crianças em

fase de escolarização, conforme observa SALVADOR (1994). Questiona-se como estes sujeitos com alto nível de rejeição, e com poucas condições de controle de comportamento agressivo podem ser capazes de experimentar condições adequadas quanto à qualidade citada.

Ainda em relação ao comportamento agressivo, teria sido importante a descrição exata de quais os tipos destes comportamentos são manifestados mais amiúde e em quais situações ocorrem. A operacionalização deste comportamento talvez pudesse ser de grande valia no que se refere à proposição de técnicas de reestruturação comportamental, recomendada em situações como estas.

Os **problemas no relacionamento interpessoal** percebidos pela professora também foram evidenciados em G1 e em GA, como pode ser observado nas Tabelas 15 e 30, e estes também estão relacionados aos comportamentos anti-sociais já discutidos.

Muitos estudos valorizam o treino de habilidades sociais como imprescindíveis em casos em que são deficitárias, definindo-se que a presença destas habilidades é um dos pontos que faz com que as crianças desta faixa etária sejam menos rejeitadas.

A aceitação pelos colegas associa-se freqüentemente à presença de habilidades sociais, cognitivas, traços de personalidades e atributos sociais. (MUSSEN et al. 1995), características estas não observadas nos sujeitos que apresentam problemas de atenção e menos observadas ainda nos possíveis casos de ADD.

Os dados referentes à presença de comportamentos anti-sociais poderiam ter sido melhor investigados pelo uso de inventários ou outros instrumentos

destinados à avaliação de traços de personalidade. Um perfil de personalidade poderia acrescentar dados importantes para que a análise das questões ora tratadas fosse melhor realizada.

Sugere-se, assim, que estudos posteriores enfatizem os comportamentos definidos como anti-sociais, definindo-se uma metodologia mais adequada para sua investigação.

Outro ponto observado como mais freqüente entre os sujeitos pertencentes ao grupo em que os problemas de atenção é que os mesmos **interrompem** com maior freqüência a professora e os colegas quando eles estão falando. Este fato pode ser observado nas Tabelas 6 e 22.

Como bem observa ROMERO (1995), é comum encontrarmos em crianças com qualquer tipo de problema que interfira na aprendizagem o fato de demandarem maior tempo de dedicação da professora, por serem as interrupções constantes.

Além disto, provavelmente este fato possa estar ligado à falta de limites encontrada em crianças desatentas, conforme descrito em muitos estudos.

A **assiduidade** às aulas não revelou diferença significativa entre os grupos, como pode ser verificado nas Tabela 5 e 24, tanto na primeira quanto na segunda etapa de análise de resultados.

Embora a atitude dos grupos G1 e GA, conforme Tabelas 10 e 28, seja mais negativa em relação à escola, o fato de ir à escola ou não, não é diferente quando se comparam os grupos. Isto pode estar associado à questão da presença da família definindo a ida à escola como questão não discutível, no sentido que não depende da vontade do estudante, sobretudo nesta faixa etária.

Os **deveres** de casa e a **qualidade de trabalho** realizado **em casa** também definem desempenho pior para os grupos de sujeitos em que os problemas de atenção estão presentes, conforme demonstram as análises estatísticas das Tabelas 9, 11, 25 e 27.

A falta de deveres é mais constante em G1 e em GA, e a qualidade de trabalho de casa de menor qualidade, nos indica que trata-se de uma situação vivida, não apenas na escola, mas também em casa.

Provavelmente se os pais/mães tivessem participado da coleta de dados, através da utilização de alguns instrumentos que permitissem que fosse feita uma apreciação dos comportamentos exibidos em casa, se tivesse maior clareza sobre a frequência e tipos de comportamentos inadequados apresentados em relação às atividades de casa, subsidiando os meios a serem utilizados para modificar esta situação.

Diferenças significativas também foram evidenciadas para a presença do comportamento "**desassossego**" em sala de aula (Tabelas 7 e 23), corroborada pela presença de **inquietação e menor tranqüilidade** (Tabela 15 e 30), percebida pela professora.

A impulsividade ou desassossego tem sido observada em crianças desatentas com bastante evidência. Segundo BARKLEY (1997), a questão maior e central dos problemas de atenção é a falta da capacidade de autocontrolar os comportamentos e de adiar as gratificações, apresentando-se como muito imediatistas e inadequadas na maior parte das situações em que se envolvem.

A importância da caracterização das situações em que o autocontrole não se apresenta e seria necessário, reside no fato de que é possível que, por meio do

desenvolvimento de técnicas especiais, sejam promovidas condições para melhorar o autocontrole, o que contribuiria para um melhor ajuste social.

Estes comportamentos são comumente verificados e relatados em estudos que enfocam as dificuldades com a atenção, a falta de controle de si em situações em que é requerida concentração, como é o caso da aprendizagem formal, é um grande obstáculo ao sucesso na aprendizagem.

A percepção que a professora apresenta dos alunos nestes aspectos poderia ter sido melhor investigada, a fim de que o detalhamento dos comportamentos exibidos, pudesse contribuir para o esclarecimento de alguns aspectos do autocontrole manifestado.

Em relação à **obediência**, tanto em G1 quanto em GA, verificou-se a característica de os sujeitos serem menos obedientes que os sujeitos de G2 e GB, conseqüentemente. A menor obediência relatada pode estar associada ao fato de terem as crianças desatentas maiores problemas com limites, elas os reconhecem menos e por conseqüência não os tomam como regras a serem seguidas.

Além de menos obedientes os sujeitos de G1e GA, apresentaram-se como menos **cooperativos**, provavelmente pela dificuldade de relacionamento interpessoal vivida por eles.

A ausência de **segurança** também foi observada como diferente significativamente para os grupos, concluindo-se que, neste estudo, menor segurança e presença de problemas de atenção parecem estar associados.

Outras características ainda devem ser mencionadas, já que encontradas como semelhantes proporcionalmente para os grupos, nas duas etapas de análise de resultados: curiosidade, tristeza e introversão, embora a característica alegria,

tenha sido semelhante para G1 e G2 e não semelhante para GA e GB, permitindo-se que se perceba como associada aos possíveis casos de ADD, em relação a menor manifestação.

As características ou comportamentos supramencionados foram investigadas em crianças de primeira série, neste estudo, principalmente pelo fato de que é muito comum que problemas de atenção sejam de fato detectados nesse período, quando o nível de concentração sobre as atividades realizadas é mais exigido do estudante; Esta idéia é defendida por WALLAUER,1996, que destaca, além disto, a importância das orientações psicopedagógicas focalizando orientações sobre o modo de estudar.

Acredita-se que todo o repertório de comportamentos exibido por uma criança interfira em processo de aprendizagem, sobretudo aquele exibido em sala de aula. E a sala de aula tem sido vista como espaço propício não só para investigações, como também para intervenções como bem observa ERVIN (1998).

Considerando-se que a criança passa grande parte de seu dia na escola, e que as condições ambientais podem ser determinantes no que diz respeito à qualidade da atenção, EDDOWES et al. (1994) valorizam a sala de aula como ambiente que pode favorecer as boas condições de manutenção da atenção.

A sala de aula é vista como adequada inclusive para a aplicação de técnicas específicas de redução de comportamentos considerados inadequados em crianças ADD, como indicam HOFF & DuPAUL (1998), ao afirmarem que a técnica de "*self-manegement*" é bem-sucedida nesse ambiente e quando bem utilizada é eficiente para controle de comportamento mesmo quando os professores ficam ausentes.

As atitudes em relação à escola, aos colegas e frente a si próprios são menos positivas nos grupos em que estão presentes os problemas de atenção, quando comparados os grupos, como pode ser observado no Gráfico 1 e nas Tabelas 12 e 28.

As atitudes, como tal, têm um significado de avaliação, conforme proposto por ALENCAR (1978); assim é possível dizer-se que a avaliação feita pelos sujeitos em G1 e GA em relação aos aspectos já citados é menos positiva.

Este fato é comprovado pelo desempenho escolar piorado, pelo fato de serem mais rejeitadas pelos colegas, fazendo com que percebam e sejam percebidas no contexto escolar, como menos positivos que os demais sujeitos.

A atitude negativa em relação a si próprios é compatível com os achados na literatura, onde se descreve a auto-estima de crianças desatentas como pior que a encontrada em crianças em que estes problemas não são observados (LEUNG et al., 1994; VILLAR & POLAINO-LORENTE, 1994; LUFU & PARISH-PLASS, 1995).

Muitos trabalhos demonstram a relação existente entre auto-estima positiva e sucesso escolar, praticamente definindo que fracasso e baixa auto-estima encontram-se associados (FELDMAN, 1994).

Fato que corrobora com os achados de atitude negativa em relação a si, associada ou traduzindo baixa auto-estima é o fato de ter sido também encontrada neste estudo, a ausência mais freqüente de segurança e cooperação, conforme foi descrito anteriormente.

Embora seja difícil avaliar auto-estima em crianças na faixa etária ora estudada, tanto pelas peculiaridades exibidas quanto pela raridade de instrumentos de avaliação disponíveis, pesquisas que possam verificá-la poderiam

colaborar como ferramentas para a definição de programas de interferência e melhora da auto-estima de escolares, especialmente a daqueles em que a atenção é um problema concomitante.

As atitudes negativas encontradas neste estudo, presentes nos sujeitos que formam G1 e nos que formam GA, em relação a si próprios e ao ambiente escolar, incluindo seus colegas, são reforçadas pelo fato de que os achados do sociograma apontam para diferenças significativas para rejeição dos colegas, embora o mesmo não ocorra com **popularidade**, como pode ser observado no Gráfico 3 e na Tabela 15 na primeira etapa de análise de dados.

Quando comparados os sujeitos de GA e GB, foi possível verificar que tanto a análise estatística de rejeição quanto a de popularidade foram diferentes comparando-se os grupos, assim, sujeitos com possível diagnóstico de ADD, foram apontadas como definitivamente mais rejeitadas e menos populares (Tabela 29).

Verifica-se que quando os problemas de atenção estão menos potencializados, houve discriminação dos colegas, melhor para os companheiros com os quais não gostam de brincar ou estudar, evidenciando um número de marcações significativamente maior para o G1, conforme a análise estatística demonstrada na Tabela 15, o mesmo não ocorrendo no que se refere aos colegas preferidos.

Quando o grupo de possíveis casos de ADD foi colocado em comparação, foi possível verificar que estes sujeitos foram identificados como seus pares mais claramente como rejeitados e significativamente menos populares, conforme análise estatística da Tabela 29.

Na **avaliação neurológica**, composta pelos Exames Neurológico Tradicional e Evolutivo, na primeira etapa não foram verificadas diferenças significativas entre os resultados de um e outro exame. Estas comparações foram feitas, tomando-se como base a necessidade de realizar diagnóstico diferencial e por ser comum na opinião de FOODMAN & McPHILIPS (1996) alterações em exames neurológicos de crianças ADD.

Considerando-se as alterações encontradas nos dois exames da avaliação neurológica, quando os grupos foram comparados, observa-se que, na primeira etapa, nada seria acrescentado, pois as diferenças encontradas não foram significativas (Tabela 16).

No entanto, na segunda etapa, quando foram comparados os resultados dos exames neurológicos de sujeitos que não apresentaram problemas de atenção e possíveis casos de ADD, verificou-se que o ENEVA foi mais eficiente, mostrando diferenças significativas, quando comparados sujeitos de GA e de GB, conforme dados da Tabela 31.

Neste estudo, o ENEVA foi mais eficiente na avaliação de sujeitos com problemas de atenção quando estes se apresentam como mais definidos. Em estudo anterior, TONELOTTO (1994), em 29 sujeitos, 10 com indícios de problemas de atenção, também verificou que o Exame Neurológico Evolutivo apresentou padrões de alterações e normalidade diferentes para as crianças com problemas de atenção.

Os resultados do presente estudo assemelham-se aos do estudo anterior para o aspecto em questão, mesmo considerando-se a utilização de uma amostragem consideravelmente maior.

Sugere-se que, em estudos posteriores, outros tipos de avaliações neurológicas sejam utilizados, para que a questão da integridade sensorial possa ser melhor verificada.

BARBARESI (1996) salientou a falta de um modelo essencialmente médico para o diagnóstico da ADD, levando muitos profissionais a não tratar estes problemas. Este fato, associado ao que se observa, permite dizer que a utilização apenas destes exames, considerados rotina para o neurologista, não são suficientes para as alterações encontradas nos problemas de atenção que parecem ser sutis.

Tendo-se em vista todos os dados obtidos e analisados neste estudo, é preciso que haja clareza da necessidade de maior ênfase para os problemas de atenção manifestados no contexto escolar.

É grande o número de crianças que, com problemas mais ou menos intensos relacionados à sua incapacidade de ter ou manter a atenção, enfrentam o fracasso durante sua escolarização.

Por conseguinte, o problema enfrentado pelos professores e professoras do ensino básico e fundamental, com os problemas de atenção de escolares, é relativamente grave, na medida que detectam estes problemas, percebem sua gravidade e na maior parte das vezes não sabem o que deve ser feito com eles, o que também não seria o seu papel.

A habilitação de profissionais que trabalhem com a aprendizagem tem sido cada vez mais exigida e talvez o acesso maior a informações sobre a atenção e sua interferência na aprendizagem possa ser relevante para que este tipo de problemas possam ser melhor enfrentados.

ERHARDT & HINSHAW (1994) defendem a mesma idéia, destacando que trabalhos desta natureza deveriam ainda focar técnicas de manejo de comportamentos agressivos e excessivos.

Num país de terceiro mundo, como é o caso do Brasil, no qual a maioria das crianças em fase de escolarização encontra-se abaixo da linha da pobreza, não é de se estranhar que a educação seja considerada um luxo, ao qual se não houver acesso, nada representará. A falta de perspectivas de vida melhor também colabora para que a educação seja vista como algo inacessível.

Parece também fundamental, que programas especiais sejam dirigidos a pais, para oferecer-lhes informações necessárias, esclarecendo o máximo possível de dúvidas a respeito dos problemas enfrentados por seus filhos, já que se sabe que quanto mais informações eles têm maior é sua colaboração no acompanhamento dos filhos (BENNET et al.1996).

Pretendeu-se que este trabalho tivesse ao menos abordado questões fundamentais sobre os problemas de atenção, como por exemplo, como eles são comuns em sala de aula e como de fato perturbam o ritmo de trabalho proposto muitas vezes pela professora, além de serem estressores das relações mantidas entre professor/aluno e aluno/aluno.

Outro aspecto pretendido foi que este estudo servisse de estímulo para a realização de estudos interdisciplinares, que possam abordar melhor as variáveis ora abordadas, ampliando o leque de perspectivas de pesquisas nesta área, motivados essencialmente pelo percentual de problemas de atenção encontrado.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

- Foi possível identificar escolares com problemas de atenção mais e menos intensos. A prevalência de escolares com problemas de atenção chegou a 26%, e a prevalência de possíveis casos de ADD atingiu 10,9%.
- O sexo masculino foi percebido como associado a problemas de atenção numa proporção de 2,66:1, e, nos possíveis casos de ADD, numa proporção de 7:1.
- O desempenho escolar de escolares com problemas de atenção foi inferior ao dos demais escolares significativamente.
- A atitude de escolares com problemas de atenção frente ao contexto escolar (escola, colegas e a si) é tão mais negativa, quanto maiores são percebidas suas dificuldades com a atenção.
- A rejeição dos escolares, por parte dos colegas, é tão maior quanto maiores são os problemas de atenção observados.
- A popularidade dos escolares, aferida pelos colegas, é tão menor quanto maiores são os problemas de atenção observados.
- O resultado da avaliação neurológica, quando utilizado o ENEVA, é diferenciado, quando enfocados possíveis casos de ADD.
- O RIA foi eficiente como instrumento para detectar problemas com a atenção de escolares na faixa etária estudada, já que nenhum dos possíveis casos de ADD teria sido ignorado pelo instrumento.

ABSTRACT

ABSTRACT

The main object of the present study has been to investigate the presence of problems with attention within first grade school children, relating these problems to attitudes towards the school context and the presence of neurologic signs. 128 first grade pupils of a local government school in the municipality of Itatiba, SP served as research subjects. The kind of research used was a survey, for one has sought a direct knowledge of reality through instruments that has led to the projection, analysis and interpretation of the data. Data collecting was done with instruments capable of verifying the presence of attention problems; scales to identify positive and negative attitudes of the subjects towards the school context; detecting of behaviors displayed in the classroom and a neurologic evaluation. The instruments were applied by means of individual interviews with the pupils at the specific school, with the parents' consent, as well as through the evaluations of the teacher. The presence or absence of attention problems has defined two distinct groups through two different instruments. The analysis of the data was done in two stages, taking into account criteria of such instruments. The statistical treatment disclosed significant differences between the results obtained by the groups, being that in the group where these problems were more accentuated, a prevalence of the male sex was evidenced. Their attitudes towards the school, their colleagues and themselves appeared more negative and the quality of their tasks done at home or in the classroom was observed as worse compared to the others'. The results also revealed that these subjects were considered more rejected, restless and aggressive and manifesting relationship problems. Besides these aspects, they appeared less popular, cooperative, sure, obedient, cheerful or relaxed. In the group of children with less noticeable attention problems there has been a conformity for most of the items evaluated. The neurologic evaluation did not appear conclusive or effective in the identification of attention problems, although one of the examinations was more effective than the other. Regardless of the intensity with which these problems were perceived, the behavioral profile of the inattentive children in this study, were very much alike. The importance of the teacher and her observations in the classroom were pointed up as essential in the identification of the issues related to attention.

KEY WORDS: Attention, Attention Disturbances, Attitudes

- B. () Os sintomas assinalados estavam presentes antes de 7 anos de idade.
- C. () Algum prejuízo está presente em dois ou mais lugares (tais como na escola ou trabalho e em casa).
- D. () Existe prejuízo no funcionamento acadêmico.

ANEXO 4

Roteiro de Avaliação da Atenção (R I A)

	ACERTOS
P.1	
P.2	
P.3	
P.4	
P.5	
P.6	
P.7	
P.8	
P.9	
P.10	
P.11	
P.12	
Total	

Total de Acertos:	
Tempo Total:	

Ouçã a estória com atenção:

O gatinho de Zazá

Zazá tem um gatinho chamado Tilico.
Tilico é branquinho e peludo.
Zazá gosta de brincar com Tilico no sofá.
Todos os dias Zazá passeia na rua com seu gatinho.

1. Qual o nome do gatinho de Zazá?
2. Que cor tem o gatinho?
3. Onde Zazá gosta de brincar com seu gatinho?
4. Onde Zazá passeia com seu gatinho?

Ouçã com atençãõ:

•aviãõ

•caneta

•pipoca

•prato

•rosa

•casa

•maçã

•papagaio

Repita o que ouviu:

Nomeie as figuras:

cadeira
sapato
coração
livro
borboleta
dado
bola
gato

Prova 3

Das figuras que você viu, das quais você se lembra?

Tempo:

Prova 4

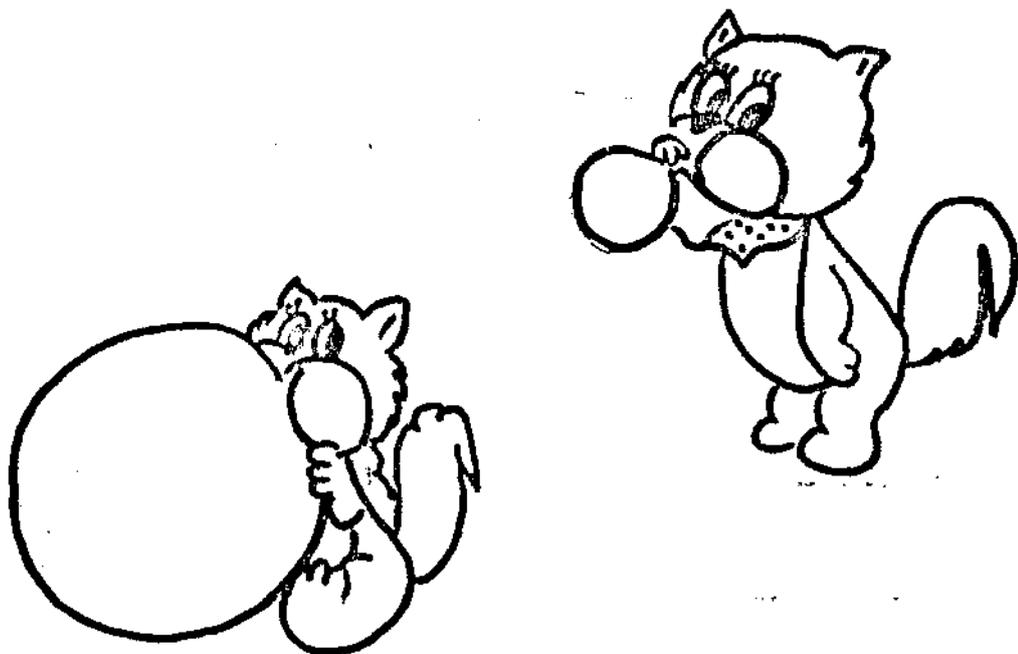
1 - Me dê a figura da bola.

2 - Pegue a figura da bola e coloque na cadeira.

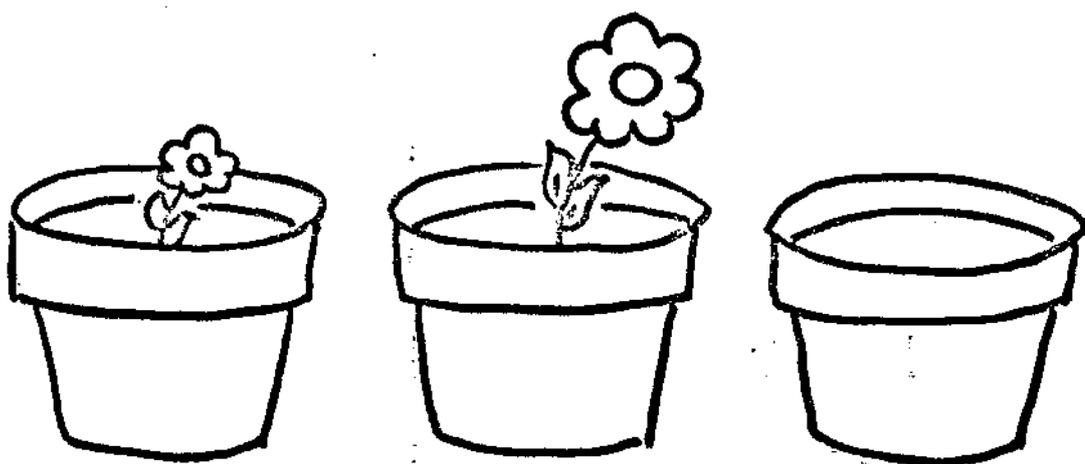
Tempo:

Prova 5

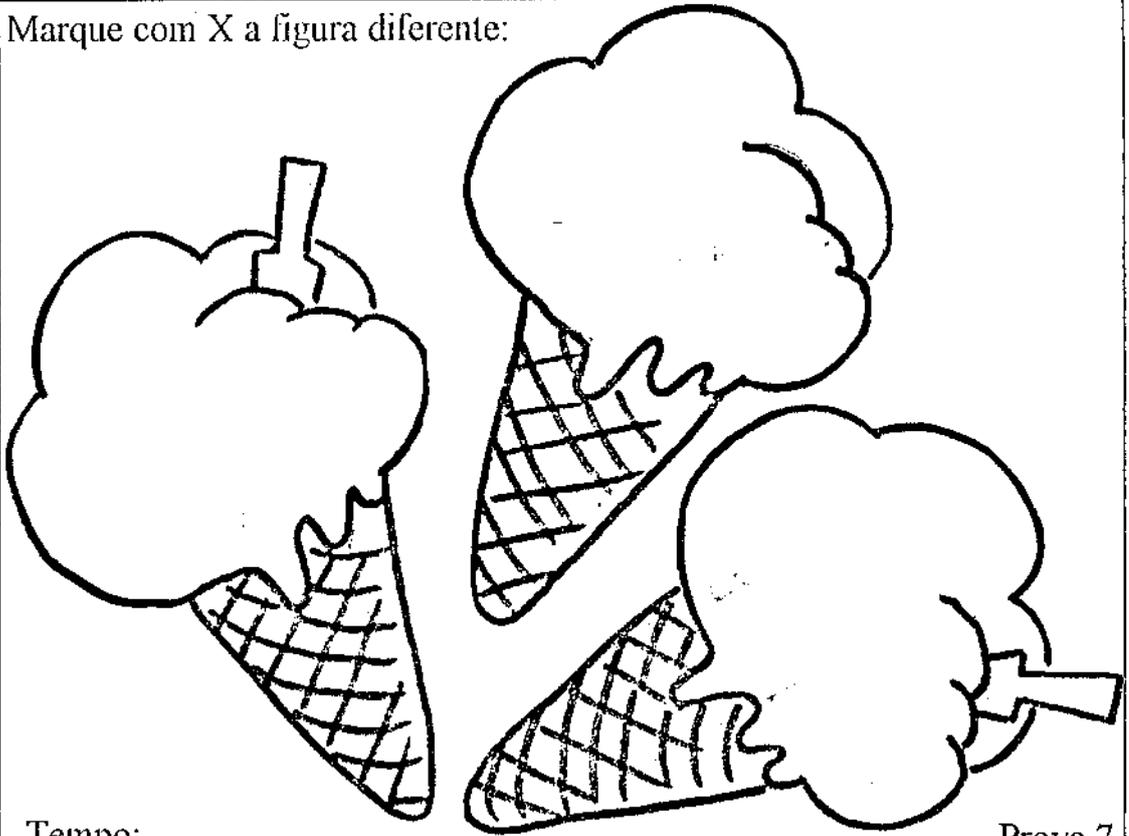
Ordene a seqüência:



Ordene a seqüência:



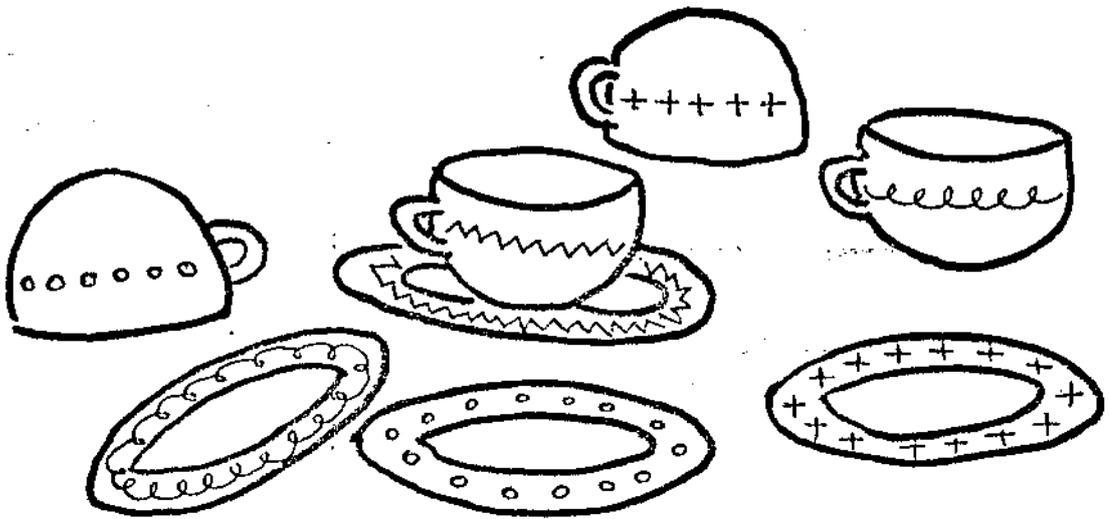
Marque com X a figura diferente:



Tempo:

Prova 7

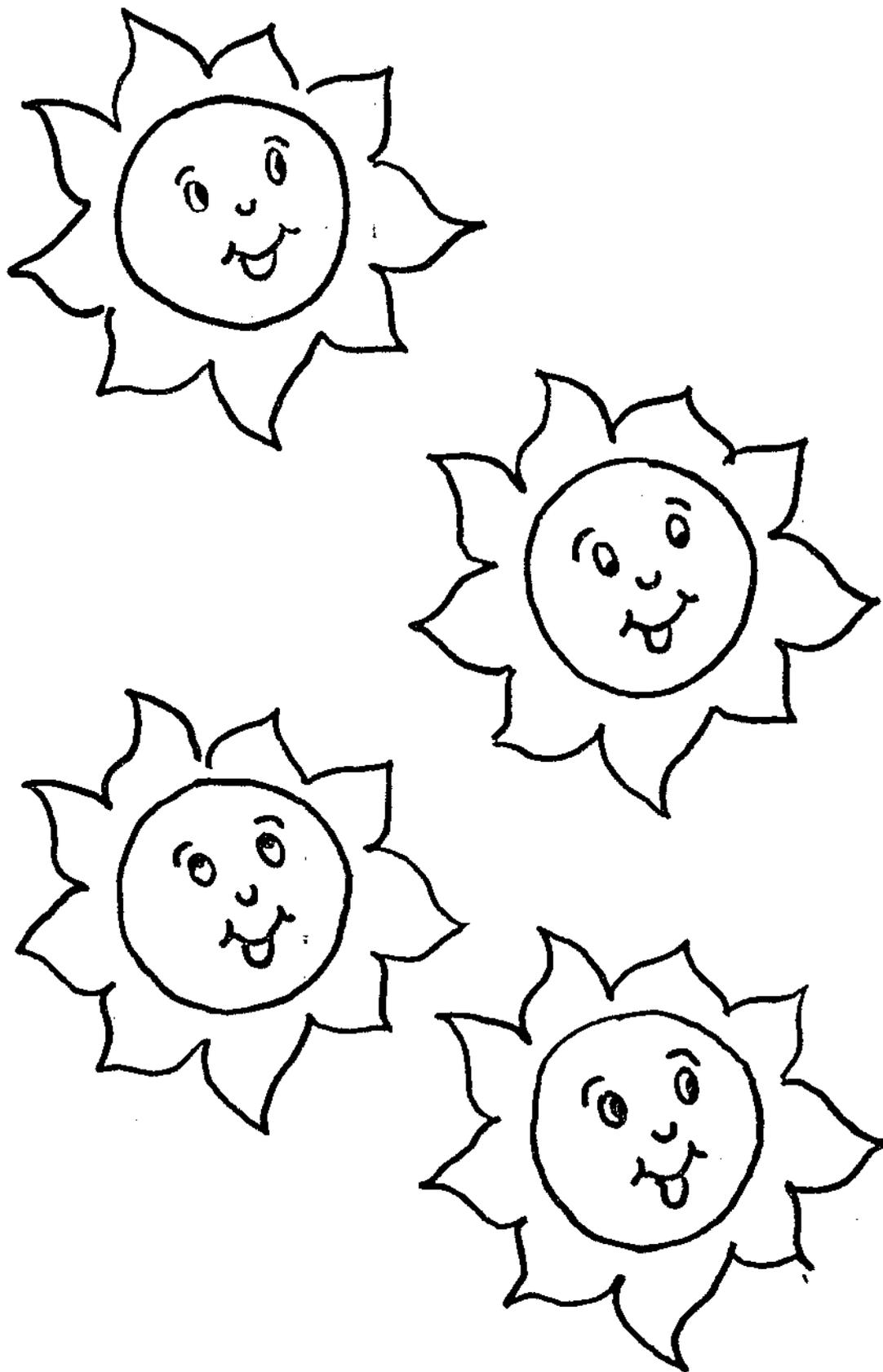
Ligue cada xícara ao seu pires:



Tempo:

Prova 8

Pinte as figuras iguais:

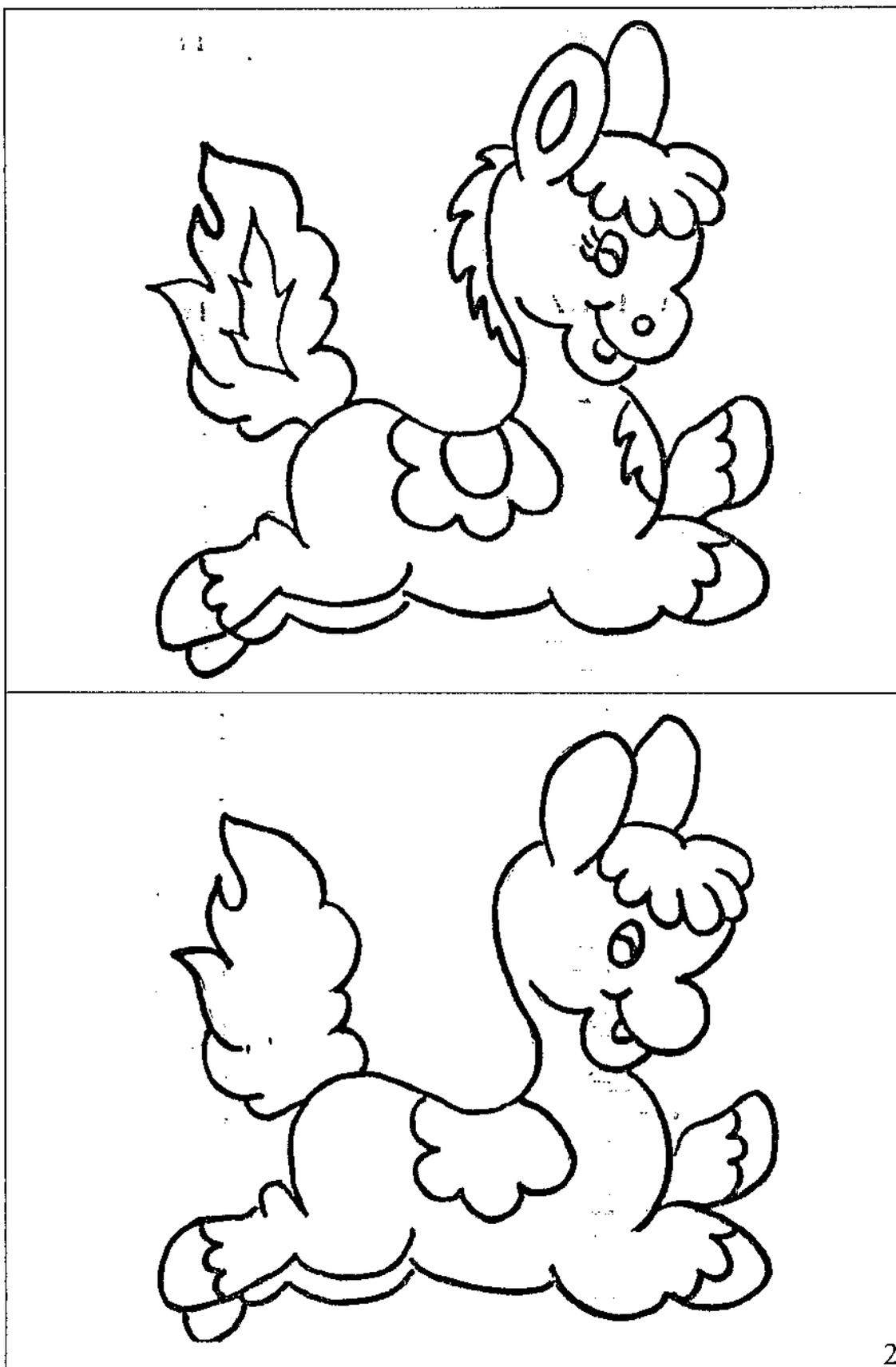


Tempo:

Prova 9

Observe as 2 figuras e marque os detalhes que faltam na 2ª figura.

Prova 10



Marque com X a figura igual ao modelo:

Prova 11

AL	EL	CL	AL	UL
----	----	----	----	----

PI	DI	PI	DI	II
----	----	----	----	----

2	3	2	1	6
---	---	---	---	---

3	5	6	3	2
---	---	---	---	---

P	D	q	b	P
---	---	---	---	---

6	1	6	9	8
---	---	---	---	---

Após observação da figura mostrada:

- 1) Quantas pessoas existiam na figura?
- 2) Era dia ou noite?
- 3) O que vendia o homem?
- 4) Quantos eram os meninos?

Figuras utilizadas nas provas 3, 4 e 5.

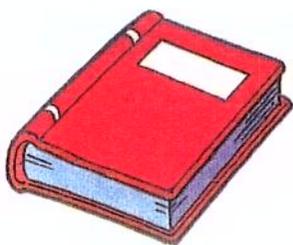
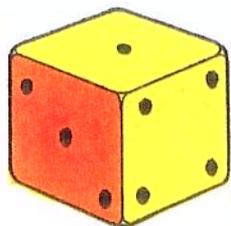


Figura utilizada na prova 12.



ANEXO 5

ANEXO 5

Esta escala, originalmente continha 15 itens que foram inspirados em material de Alencar (1978), sendo que cada item foi redigido de maneira considerada adequada para a faixa etária em questão.

A mudança fundamental foi eliminar as múltiplas possibilidades de respostas (Escala tipo Likert) para duas possibilidades de resposta, SIM e NÃO.

Esta escala foi aplicada numa população de 30 crianças, na faixa etária de 6 a 8 anos, e reaplicada em 50 dias.

Os resultados obtidos nesta avaliação, foram analisados item por item, através da análise fatorial, com o objetivo principal de verificar se os itens da escala de fato mediam fatores semelhantes.

A redução dos fatores levou ao isolamento de um apenas, sendo que a eliminação de 3 itens da escala permitiu que fosse explicada 52,5% da variância observada.

A seguir encontramos a apresentação da escala, após análise estatística.

ATITUDE EM RELAÇÃO AOS COLEGAS

Nome do aluno: _____
Série: _____ Data: ___/___/___

1. As pessoas que realmente conhecem você, não gostam de você
() Sim () Não
2. Os seus colegas gostam que você trabalhe ou estude com eles
() Sim () Não
3. Os seus colegas ficam interessados quando você conta alguma coisa para eles.
() Sim () Não
4. Seus amigos acreditam e dizem que você atrapalha quando entra em suas brincadeiras ou atividades
() Sim () Não
5. Os seus colegas gostam de conversar ou de brincar com você.
() Sim () Não
6. Os seus colegas lembram de chamar você quando vão fazer alguma coisa interessante.
() Sim () Não

7. Você sente que tem amigos em número suficiente.
() Sim () Não
8. Os seus colegas de classe gostam de participar de trabalhos em equipe com você.
() Sim () Não
9. Os seus colegas de classe provavelmente diriam que você é uma companhia agradável.
() Sim () Não
10. Os seus colegas criticam você, porque você não faz nada certo.
() Sim () Não
11. Você pode fazer com que seus colegas te ajudem quando você pede.
() Sim () Não
12. Os seus colegas de classe pensam que você sempre gosta de ajudá-los.
() Sim () Não

ANEXO 6

8. Você sente vergonha das coisas que faz.
 Sim Não
9. Os seus professores pensam que você não é capaz de fazer nada certo.
 Sim Não
10. Você é capaz de ajudar os seus colegas.
 Sim Não
11. Você está muito orgulhoso(a) da forma com que pode fazer algumas coisas.
 Sim Não

ANEXO 7

ANEXO 7

Esta escala, originalmente continha 25 itens que foram inspirados em material de Alencar (1978), sendo que cada item foi redigido de maneira considerada adequada para a faixa etária em questão.

A mudança fundamental foi eliminar as múltiplas possibilidades de respostas (Escala tipo Likert) para duas possibilidades de resposta, SIM e NÃO.

Esta escala foi aplicada numa população de 30 crianças, na faixa etária de 6 a 8 anos, e reaplicada em 50 dias.

Os resultados obtidos nesta avaliação, foram analisados item por item, através da análise fatorial, com o objetivo principal de verificar se os itens da escala de fato mediam fatores semelhantes.

A redução dos fatores levou ao isolamento de um apenas, sendo que a eliminação de 5 itens da escala permitiu que fosse explicada 56,8% da variância observada.

A seguir encontramos a apresentação da escala, após análise estatística.

ATITUDE EM RELAÇÃO À ESCOLA

Nome do aluno: _____
Série: _____ Data: ___/___/___

1. Você gosta de conversar sobre sua escola.
() Sim () Não
2. Você fica feliz quando a aula termina e você pode ir embora logo.
() Sim () Não
3. Você não gosta do(a) diretor(a) de sua escola.
() Sim () Não
4. Você gosta de seus(uas) professores(as).
() Sim () Não
5. É perder tempo vir à escola.
() Sim () Não
6. Você gosta de sua sala de aula.
() Sim () Não
7. Você fica chateado durante as aulas.
() Sim () Não

8. Você odeia a sua escola.

Sim

Não

9. Você gosta de estudar

Sim

Não

10. Você pode contar com as pessoas de sua escola quando precisa delas.

Sim

Não

11. Você odeia ter que levantar cedo para vir à escola ou para estudar.

Sim

Não

12. Os(as) seus(uas) professores(as) sabem falar e fazer com que você fique animado com o que você vai estudar.

Sim

Não

13. Os(as) professores(as) de sua escola são amigos.

Sim

Não

14. Você sente que seus professores te entendem.

Sim

Não

15. Você sempre faz coisas interessantes em sua classe.

Sim

Não

16. Você gosta de estar nesta escola.

Sim

Não

17. Se você pudesse escolher, você sempre preferiria vir para a escola.

Sim

Não

18. Se você fosse professor(a), você gostaria de ser como os(as) professores(as) desta escola.

Sim

Não

19. Você fica chateado com as coisas que aprende na escola.

Sim

Não

20. Os(as) seus(uas) professores(as) transformam o que você tem que aprender em algo interessante e importante.

Sim

Não

ANEXO 8

AVALIAÇÃO DO ALUNO

Nome do aluno _____

Data: ___ / ___ / ___

Série: _____

Pense cuidadosamente nos comportamentos exibidos por seu(ua) aluno(a) e responda:-

1. Trata-se de um aluno com desempenho escolar:

Ótimo

Regular

Bom

Ruim

Péssimo

2. O ritmo de trabalho em sala de aula é:

Rápido

Lento

Normal

3. Seu trabalho em sala de aula é:

Silencioso

Ruidoso

4. Envolve-se em brigas ou confusões:

Frequentemente

Ocasionalmente

Nunca

Raramente

5. Interrompe a professora ou os colegas:

Frequentemente

Ocasionalmente

Raramente

Nunca

6. Parece desassossegado em sala de aula:

Frequentemente

Ocasionalmente

Raramente

Nunca

7. Trata-se de um aluno com frequência às aulas:

Sem problemas

Falta muito

8. Os deveres de casa são feitos:

Frequentemente

Ocasionalmente

Raramente

Nunca

9. A qualidade do trabalho em sala de aula é boa:

Frequentemente

Ocasionalmente

Raramente

Nunca

10. A qualidade do trabalho de casa é boa:

- Freqüentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

11. Quanto ao comportamento em sala de aula, pode ser considerado:

- agressivo(a)
- falante
- inquieto(a)
- tranqüilo(a)
- curioso(a)
- seguro(a)
- alegre
- triste
- obediente
- persistente
- introvertido(a)
- com problemas de relacionamento com colegas
- cooperativo(a)
- rejeitado(a) pelos colegas

ANEXO 9

ANEXO 9
SOCIOGRAMA

Escreva o nome de 3 amigos(as) com quem você gosta de brincar, estudar ou trabalhar em classe

1. _____

2. _____

3. _____

Escreva o nome de 3 amigos(as) com quem você **NÃO** gosta de brincar, estudar ou trabalhar em classe

4. _____

5. _____

6. _____

ANEXO 10



HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNICAMP

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA

ROTEIRO DE EXAME NEUROPEDIÁTRICO

Sexo: _____ Cor: _____ Procedência: _____

Data Nascimento: _____ Data Cons.: _____

Crânio Forma: _____ PC= _____ BA= _____ AP= _____

Bregma: _____ Percussão: _____

Psiquismo Estado de Consciência: _____

Linguagem Lalação: _____ Palavra-frase: _____ Frase: _____

Atitude: _____

Praxia: _____

Movimentação Espontânea: _____

Estimulada (alfinete): _____

Manobras de Oposição: _____

Rechaço: mmss: _____

mmii: _____

Manobra da Beira da Cama: _____

Movimentação Passiva: _____

Balanço Passivo: _____

Palpação Muscular: _____ Manobra de Tlober: _____

Movimentação Automática: Respiração: _____ Deglutição: _____

Mastigação: _____ Controle Esfintérico: Diurno: _____ Noturno: _____

Deambulação: _____ Mímica: _____

Movimentação Involuntária: Coréia: _____ Atetose: _____ Balismo: _____

Tremor: _____ Outros: _____

Movimentação Reflexa: P=presente H=hipoativo A=abolido V=vivo E=exaltado

	D	E		D	E
Adutor			Tricipital		
Patelar			Bicipital		
Aquilano			Estilo-radial		
Cutâneo Plantar			Axiais face		
Cutâneo Abdominal			Outros		

Sucção: _____ Prensão Palmar: _____ Prensão Plantar: _____
Mero: _____ Magnus Kleiju: _____ Apoio Plantar: _____
Marcha freflexa: _____ Landau I: _____ Landau II: _____
Outros: _____
Sincinesias: _____

Equilíbrio Estático: Firmar cabeça: _____ sentar com apoio: _____
setar sem apoio: _____ de pé com apoo: _____
de pé sem apoio: olhos abertos: _____
olhos fechados: _____

Equilíbrio dinâmico: engatinhar: _____ marcha: _____

Coordenação apendicular: dirigir mão para objeto: _____
Retirar pano do rosto: pronação: _____ supinação: _____
Prensão voluntária: palmar: _____ pinça: _____

Coordenação tronco membros: sentado beira da mesa (golpe): _____
Decúbito dorsal (levantar tronco): _____

Sensibilidade especial: visão: _____ audição: _____

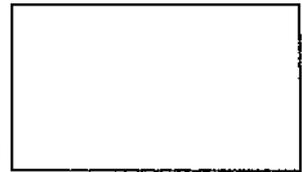
Sensibilidade geral: superficial: _____
profunda: _____

Pares Cranianos: II - _____
III - IV - VI - _____
V - _____
VII - _____
IX - X - _____
XI - _____
XII - _____

Sinais meningorradiculares: rigidez de nuca: _____
Laségue: _____
Kernig: _____
Brudzinski: _____

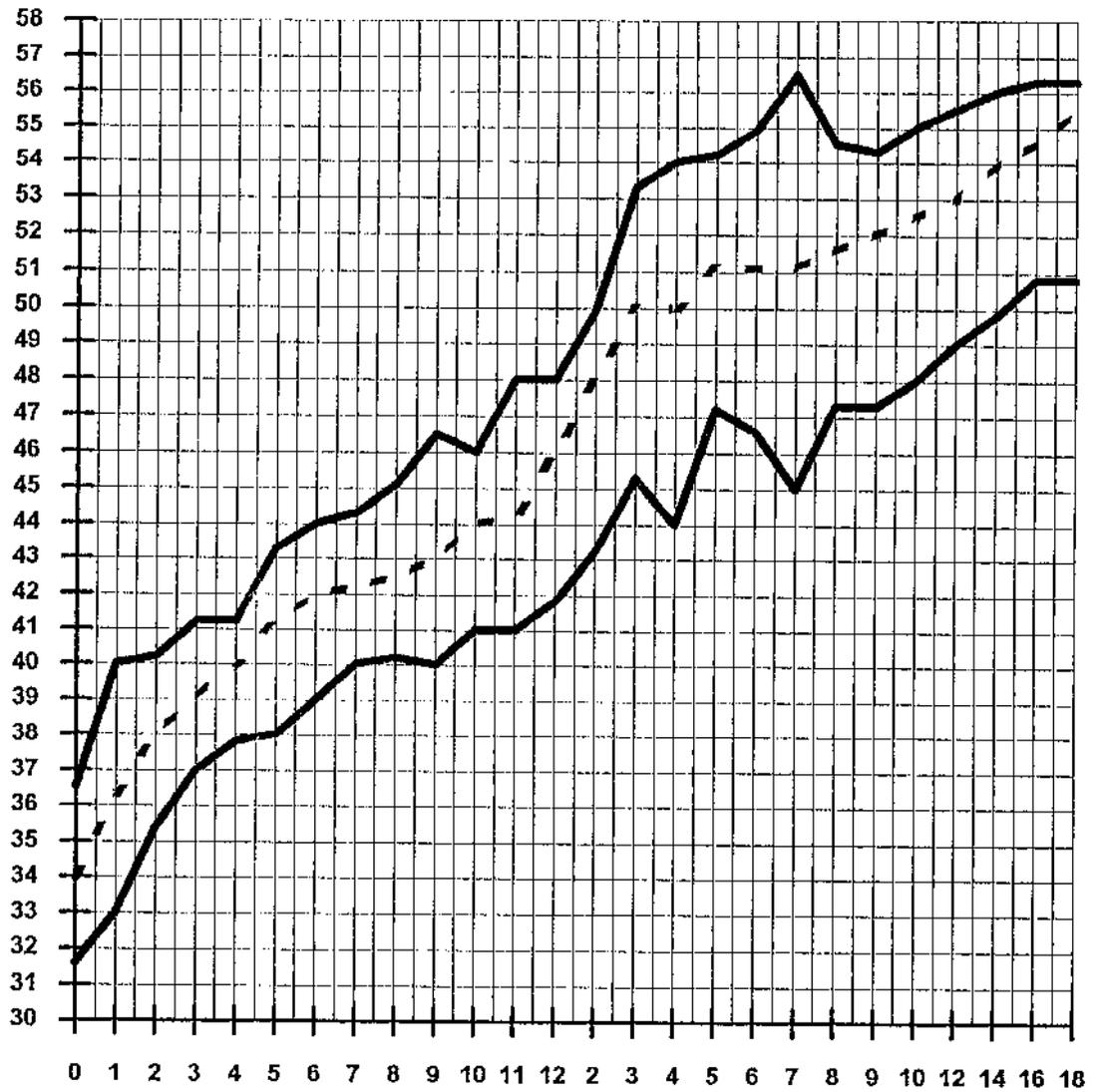


DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
NEUROPEDIATRIA
EVOLUÇÃO DO PERÍMETRO CRANIANO



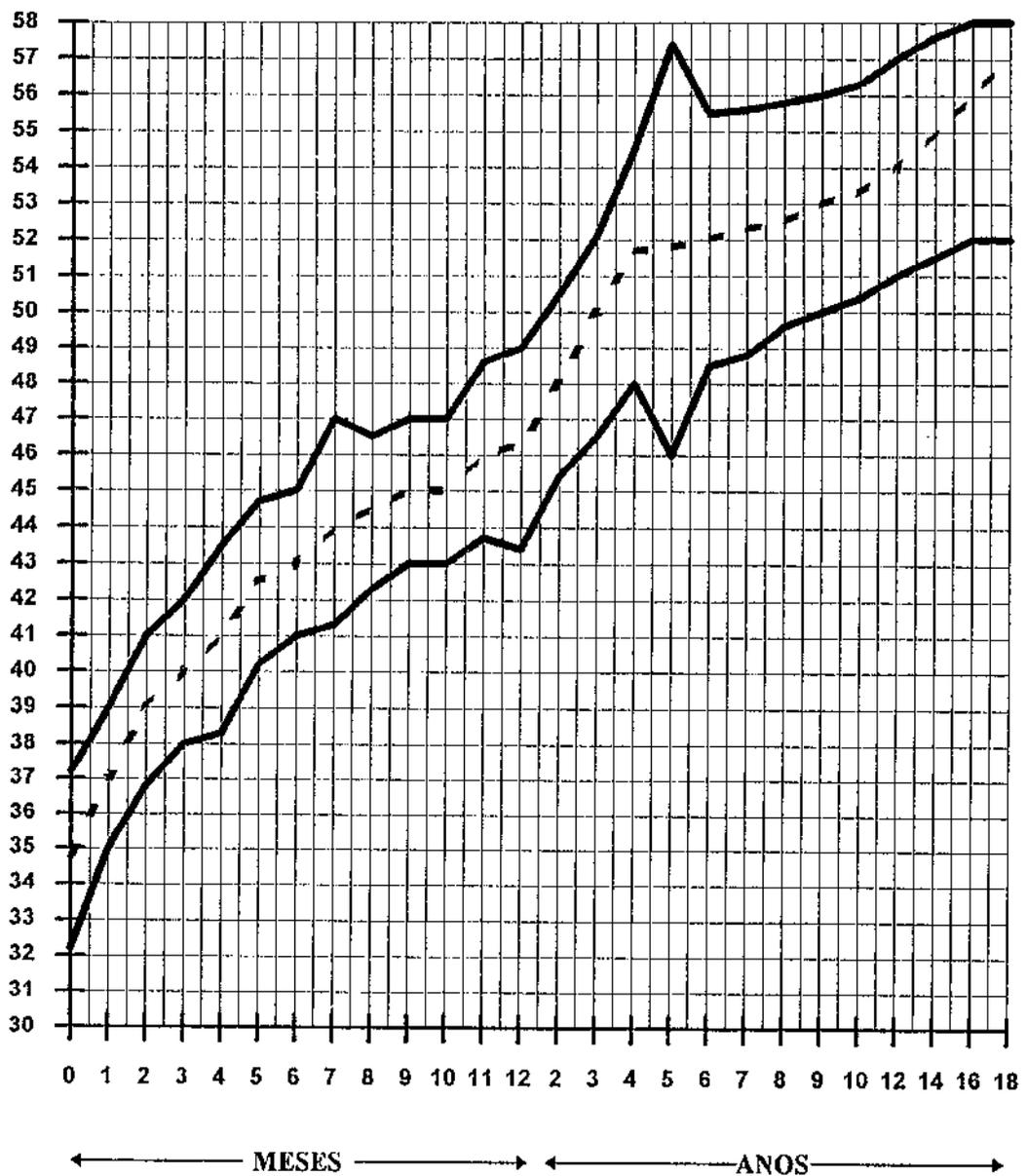
Cm

Perímetros Cefálicos



Cm

Perímetros Cefálicos



Tabelas de perímetros cefálicos com regiões de tolerância, baseadas em: 0 a 1 ano, Diamant, 1967; de 1 a 2 anos e de 8 a 10 anos, Marcondes & col., 1971; de a 7 anos, Diamant & Rodrigues, 1976, e de 12 anos em diante, Nelibaus, 1988.

ANEXO 11

EQUILÍBRIO ESTÁTICO

PROVAS	TEMPO	Discriminação				
		3	4	5	6	7
26 - régua no indicador	10"					6
20 - agachado (o.a.)	10"					6
16 - uma perna fechada	10"					6
12 - equilíbrio num pé só	30"					6
10 - equil. ponta do pé (o.a.)	30"					5 6
25 - ponta do pé com o calcanhar (o.f.)	10"					5
24 - ponta do pé com o calcanhar (o.a.)	10"					4
9 - posição de Romberg (o.f.)	30"					3
8 - posição de Romberg (o.a.)	30"					

NOTA: Marcar com um círculo a resposta normal presente. Marcar com sinal negativo onde fracassou

(o.a.) = olhos abertos
(o.f.) = olhos fechados

EQUILÍBRIO DINÂMICO

PROVAS	Discriminação				
	3	4	5	6	7
49 - saltar batendo palmas					5 6
48 - pular num pé só					4 5
32 - andar para trás com calcanhar no ponto do pé					5
50 - saltar para o lado					4
47 - pular com pé dominante					4
46 - pular com pés juntos					4
45 - saltar girando					4
44 - saltar 30 cm parado					4
43 - saltar 30 cm correndo					4
31 - andar com calcanhar no ponto do pé					4
38 - 39 - subir e descer escadas sem apoio alternando os pés.					3
33 - andar na ponta dos pés					3
42 - correr contornando obstáculos					
30 - andar para trás puxando carrinho.					
52 - pegar objeto sem auxílio da outra mão.					
36-37 - subir e descer escada sem apoio					
27 - andar em linha reta					

NOTA: Marcar com círculo a resposta presente. Com sinal negativo onde fracassou.

COORDENAÇÃO APENDICULAR

PROVAS	Discriminação						
	3	4	5	6	7		
90 - audiadococinesia						5	6
75 - ritmo com lápis						5	6
60 - copiar losango						5	6
80 - ritmo com indicador e pé						4	5
74 - enrolar fio no indicador						4	5
66 - círculos com dedo indicador						4	5
79 - abrir uma mão fechar outra						4	
77 - polegá nos dedos						4	
76 - sentado ritmo alternando pés						4	
63 - jogar bola no alvo						4	
59 - copiar quadrado						4	
58 - copiar círculo						4	
72 - enrolar fio no carretel							3
68 - fazer bola de papel						3	
65 - index-nariz (o.f.)						3	
57 - copiar cruz							3
54 - virar página eumetricamente						3	
64 - index-nariz (o.o.)							
62 - jogar bola de tenis em direção ao examinador							
56 - copiar traço vertical							
81 - chutar bola							
53 - construir torre de 9 cubos							

NOTA Marcar com círculo a resposta presente Com sinal negativo onde fracassou
 (o.o.) = olhos abertos
 (o.f.) = olhos fechados

COORDENAÇÃO TRONCO-MEMBROS

	Discriminação						
	3	4	5	6	7		
84 - deitar e sentar sem apoio						6	
83 - ext. tronco, flexão joelhos						4	5

SINCINESIAS

	3	4	5	6	7
89 - prova das "marionetes"					
88 - mostrar dentes					
87 - enrugar fronte					
86 - mão-mão					
85 - pé-mão					
78 - polegá com dedos					
73 - enrolar fio no carretel					
71 - fazer bola de papel com mão não dominante					
69 - fazer bola de papel com mão dominante					
67 - círculos com dedo indicador					

NOTA: Na coordenação tronco-membros marcar com círculo a resposta presente e com sinal negativo o fracasso Nas sincinesias marcar com a letra P a presença e com a letra A, a ausência de sincinesia nas provas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, E. M. L. S. Um estudo de adaptação de instrumentos para avaliação de atitudes de alunos com relação à escola, a si mesmo e relacionamento entre colegas. **Arq. Bras. Psic. Apl.**, v.30, n.4, p.27-43, 1978.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. 886 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987. 602 p.

APPLEGATE, B. et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.36, n.9, p.1211-21, 1997.

BACCHIEGA, M. C. M. **Exame neurológico evolutivo da criança normal de 3 a 7 anos de idade**: contribuição para a avaliação da fidedignidade das provas. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado em Neurologia) - Universidade de São Paulo - USP.

BALDWIN, A. L. **Teorias de Desenvolvimento da Criança**. Tradução de Dante Moreira Leite. 2 ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1980. 569 p.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

- BARABASZ, M. & BARABASZ, A. Attention deficit disorder: diagnosis, etiology and treatment. **Child Study Journal**, v.26, n.1, p.1-37, 1996.
- BARBARESI, W. J. Primary-care approach to the diagnosis and management of attention-deficit hyperactivity disorder. **Mayo Clin. Proc.**, v.71, n.5, p.463-71, 1996.
- BARBOSA, G. A. Transtornos hipercinéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa. **J. Bras. Psiq.**, v.43, n.8, p.445-53, 1994.
- BARKLEY, R. A. **ADHD and the nature of self-control**. New York: Guilford, 1997. 410 p.
- BARKLEY, R. A. **Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. London: The Guilford Press, 1990. 747 p.
- BARKLEY, R. A. Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, v.18, n.4, p.271-79, 1997.
- BASIL, C. & COLL, C. A construção de um modelo prescritivo da instrução: a teoria da aprendizagem Cumulativa. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação**. Tradução de Angélica Mello Alves. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996. Cap. 3, p.45-56. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: psicología de la educación, II.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Tradução de Antonio Carlos Amador Pereira e Rosane de Souza Amador Pereira. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977. 308 p.

- BEE, H. **O ciclo vital**. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997. 656 p.
- BEIGUELMAN, B. **Curso prático de bioestatística**. 2. ed. rev. Ribeirão Preto: Revista Brasileira de Genética, 1991. 231 p.
- BENNET, D. S. et al. Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: assessment, correlates, and predictive validity. **J. Pediatr. Psychol.**, v.21, n.5, p.643-57, 1996.
- BIEDERMAN, J. et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.53, n.5, p.437-46, 1996.
- BIEDERMAN, J. et al. Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.36, n.6, p.734-42, 1996.
- BIEDERMAN, J. et al. Convergence of the child behavior checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. **J. Child Psychol. Psychiat.**, v.34, n.7, p.1241-51, 1993.
- BIEDERMAN, J. et al. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.37, n.3, p.305-13, 1998.
- BRIOSO, A. & SARRIÀ, E. Distúrbios de comportamento. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Tradução de Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995. Cap. 10, p.157-68. Tradução de:

Desarrollo psicológico y educación: necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar, III.

BRUNNER, R. & ZELTNER, W. **Dicionário de psicopedagogia e psicologia educacional**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994. 302 p.

CARLSON, E. et al. A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. **Child Dev.**, v.66, n.1, p.37-54, 1995.

CARRASCO, M. A. A. et al. Estudio de la prevalencia del transtorno por déficit de atención com hiperactividad en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.**, v.23, n.4, p.184-8, 1995.

CASAT, C. D. et al. Methylphenidate effects on a laboratory aggression measure in children with ADHD. **Psychopharmacol. Bull.**, v.31, n.2, p.353-6, 1995.

CHUNG, C. P. et al. Conceptions of success: their correlates with prosocial orientation and behavior in chinese adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 21, n.1, p.31-42, 1998.

COCCIARELLA, A. et al. Brief behavioral treatment for attention-deficit hyperactivity disorder. **Percept. Mot. Skills**, v.81, n.1, p.225-26, 1995.

COLL, C. & BOLEA, E. As intenções educativas e os objetivos da educação escolar: alternativas e fundamentos psicológicos. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação**. Tradução de Angélica Mello Alves. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996. Cap. 19, p.317-32. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: psicología de la educación, II.

- COTUGNO, A. J. Personality attributes of attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) using the rorschach inkblot test. **J. Clin. Psychol.**, v.51, n.4, p.554-62, 1995.
- COUSINS, L. S. & WEISS, G. Parent training and social skills training for children with attention-deficit hyperactivity disorder: how can they be combined for greater effectiveness? **Can. J. Psychiatry**, v. 38, n.6, p.449-57, 1993.
- CUBERO, R. & MORENO, M. C.. Relações sociais nos anos escolares: família, escola, colegas. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. Tradução de Marcos ^a G. Domingues. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995. Cap. 19, p.250-262. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: psicología evolutiva, I.
- DEL RIO, M. J. Comportamento e aprendizagem: teorias e aplicações escolares. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação**. Tradução de Angélica Mello Alves. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996. Cap. 2, p.25-44. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: psicología de la educación, II.
- DIENER, M. B. & MILICH, R. Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: a test of the self-protective hypothesis. **J. Clin. Child Psychol.**, v.26, n.3, p.256-65, 1997.
- DORON, R. & PAROT, F. **Dicionário de psicologia**. Tradução de Odilon Soares Leme. São Paulo: Ed. Ática, 1998. 863 p. Tradução de: Dictionnaire de psychologie.
- DOWNE, A. G. & McDOUGALL, D. Effects of sex, attraction, and acceptance on children's help seeking and attitudes to interpersonal relationships. **Contemp. Educ. Psychol.**, v. 20, p.129-39, 1995.

- EAGLY, A. H. & CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes.** Orlando: Harcourt Brace College Publishers, 1993. 794 p.
- EARLL, L. & LICAMELE, W. L. Prediction of antisocial behavior in ADHD. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.34, n.4, p.397-400, 1995.
- EDDOWES, E. A. et al. Primary teachers' classroom practices and their perceptions of children's attention problems. **Percept. Mot. Skills**, v.79, n.3, p.787-90, 1994.
- ERHARDT, D. & HINSHAW, S. P. Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.62, n.4, p.833-42, 1994.
- ERVIN, R. A. et al. Classroom-based functional and adjunctive assessments: proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. **J. Appl. Behav. Anal.**, v.31, n.1, p.65-78, 1998.
- FAIGEL, H. C. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies, and treatment. **J. Am. Coll. Health**, v.43, n.4, p.147-55, 1995.
- FOODMAN, A. & McPHILLIPS, K. ADD and soft signs. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.35, n.7, p.841-2, 1996.
- GAUB, M. & CARLSON, C. L. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. **J. Abnorm. Child Psychol.**, v.25, n.2, p.103-11, 1997.

- GORDON, N. Learning disorders and delinquency. **Brain & Dev.**, v.15, n.3, p.169-72, 1993.
- GREENE, R. W. et al. Students with ADHD in school classrooms: teacher factors related to compatibility, assessment, and intervention. **School Psychology Review**, v.24, n.1, p.81-93, 1995.
- GRIZENKO, N. & PAWLIUK, N. Risk and protective factors for disruptive behavior disorders in children. **Am. J. Orthopsychiatry**, v.64, n.4, p.534-44, 1994.
- HART, E. L. et al. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. **J. Abnorm. Child Psychol.**, v.23, n.6, p.729-50, 1995.
- HEILIGENSTEIN, E. et al. Presentation of unrecognized attention deficit hyperactivity disorder in college students. **J. Am. Coll. Health**, v.43, n.5, p.226-8, 1995.
- HERRERO, M. E. Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: predictive factors and characterization of subgroups. **Amer. J. Orthopsychiat.**, v.64, n.4, p.510-21, 1994.
- HOZA B. et al. The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. **J. Abnorm. Child Psychol.**, v.21, n.3, p.271-86, 1993.
- INOUE, K. et al. Clinical evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder by objective quantitative measures. **Child Psychiatry Hum. Dev.**, v.28, n.3, p.179-88, 1998.

- IVERSON, A. M. & IVERSON, G. L. Children's long-term reactions to participating in sociometric assessment. **Psychology in the Schools**, v.33, p.103-12, 1996.
- JEROME, L. et al., A comparison of american and canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Can. J. Psychiatry**, v.39, n.9, p.563-7, 1994.
- JORGE, L. **Escola e família: um estudo da percepção de mães sobre seus filhos em início de escolarização**. Campinas, 1996. 173 p. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
- KANBAYASHI, Y. et al. ADHD-related behavior among non-referred children: parents' ratings of DSM-III-R Symptoms. **Child Psychiatry Hum. Dev.**, v.25, n.1, p.13-29, 1994.
- KAPLAN, C. A. et al. Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. **Arch. Dis. Child.**, v.73, n.5, p.472-5, 1995.
- KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: Ed. Pedagogia e Universitária Ltda - EPV, 1980. 378 p.
- KESSLER, S. Drug therapy in attention-deficit hyperactivity disorder. **South. Med. J.**, v. 89, n.1, p.33-8, 1996.
- LAHEY, B. B. et al. Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.37, n.7, p.695-702, 1998.
- LEFÈVRE, A. B. **Exame neurológico evolutivo do pré-escolar normal**. São Paulo: Sarvier, 1972. Monografias Médicas, Série Pediatria, vol. 6, 182 p.

- LEUNG, A. K. C. et al. Attention-deficit hyperactivity disorder. getting control of impulsive behavior. **Postgrad. Med.**, v.95, n.2, p.153-60, 1994.
- LEUNG, P.W. L. & CONNOLLY, K. J. Distrability in hyperactive and conduct-disordered children. **J. Child Psychol. Psychiat.**, v.37, n.3, p.305-12, 1996.
- LEVIN, G. M. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Pharmacotherapy of children with ADHD may help prevent antisocial behavior and adult psychiatric conditions. **Am. Pharm.**, v.NS35, n.11, p.10-20, 1995.
- LUFU, D. & PARISH-PLASS, J. Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. **J. Clin. Psychol.**, v.51, n.1, p.94-9, 1995.
- LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. São Paulo: EDUSP, 1981.
- McARDLE, P. et al. Hyperactivity: prevalence and relationship with conduct disorder. **J Child Psychol. Psychiat.**, v.36, n.2, p.279-303, 1995.
- MESULAN, M. M. Attention, confusional states and neglect. In: MESULAN, M. M. **Principles of behavioral neurology**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1985. Cap. 3, p.125-168.
- MURPHY, K. R. & BARKLEY, R. A. Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: psychological and attentional impairment. **Am. J. Orthopsychiatry**, v.66, n.1, p.93-102, 1996.
- MUSSEN, P. H. et al. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. ed. Tradução de Maria Lúcia G. Leite Rosa. São Paulo: Ed. Harbra Ltda, 1995. 641 p. Tradução de: Child Development & Personality, 7th edition.

- OAKLAND, T. **Assessment of child and youth: international perspective.** In: XVII INTERNATIONAL SCHOOL PSYCHOLOGY COLLOQUIUM - II CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA, 1994, Campinas. 20 p.
- OAKLAND, T. Effective assessment. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.1, n.2 e 3, p.11-21, 1997.
- O'CONNELL, K.L. Attention deficit hyperactivity disorder. **Pediatr. Nurs.**, v.22, n.1, p. 30-3, 1996.
- OSTRANDER, R. et al. Diagnosing attention deficit disorders with the behavioral assessment system for children and the child behavior checklist: test and construct validity analyses using optimal discriminant classification trees. **J Consult. Clin. Psychol.**, v.66, n.4, p.660-72, 1998.
- PALACIOS, J. & HIDALGO, V. Desenvolvimento da personalidade nos anos pré-escolares. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva.** Tradução de Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995. Cap. 13, p.178-89. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: psicologia evolutiva, 1.
- PERESLENI, L. et al. Neurophysiological mechanisms of the attention disturbance in children with learning difficulties. **Neuroscience and Behavioral Physiology**, v.21, n.2, p.160-165, 1991.
- PERRIN, S. & LAST, C. G. Relationship between ADHD and anxiety in boys: results from a family study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.**, v.35, n.8, p.988-96, 1996.
- PFROM NETO, S. **Psicologia da Aprendizagem e do Ensino.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1987. 160 p.

- PINE, D. S. et al. Minor physical anomalies: modifiers of environmental risks for psychiatric impairment. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.36, n.3, p.395-403, 1997.
- PISANI, E. M. et al. **Temas de psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996. 180 p.
- PLISZKA, S. R. et al., Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. **J. Clin. Psychiatry**, v.59, n.7 suppl., p.50-8, 1998.
- ROMERO, J. F. As relações sociais das crianças com dificuldades de aprendizagem. In: COLL, C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Tradução de Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995. Cap. 5, p.71-82. Tradução de: Desarrollo psicológico y educación: necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar, III.
- SAVOIA, M. G. & CORNICK, M. A. C. P. **Psicologia social**. 2. ed. São Paulo: Ed. McGraw - Hill Ltda, 1989. 114 p.
- SALVADOR, C. C. **Aprendizagem escolar e construção do conhecimento**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1994. 159 p. Tradução de Emilia de Oliveira Dihel.
- SCHIMIDT, K. L. et al. Cognitive factors differentiating attention deficit-hyperactivity disorder with and without a comorbid mood disorder. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.66, n.4, p.673-9, 1998.

- SCHWITZER, J. B., SULZER-AZAROFF, B. Self-control in boys with attention deficit hyperactivity disorder: effects of added stimulation and time. **J. Child Psychol. Psychiat.**, v.36, n.4, p.671-86, 1995.
- SEARIGHT, H. R. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: assessment, diagnosis, and management. **J. Fam. Pract.**, v.40, n.3, p.270-9, 1995.
- SEIDMAN, L. J. et al. Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.65, n.1, p.150-60, 1997.
- SHAYWITZ, B. A. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. **Adv. Pediatr.**, v.44, p.331-67, 1997.
- SHEA, K. M. et al. Diagnosing children with attention deficit disorders through a health department-public school partnership. **Am. J. Public Health**, v.86, n.8, p.1168-9, 1996.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica: para as ciências do comportamento.** Tradução de Alfredo Alves de Faria. São Paulo: Ed. McGraw-Hill Ltda, 1975. 350 p. Tradução de: Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences.
- SUCUPIRA, A. C. S. L., Hiperatividade: doença ou rótulo? **Cadernos Cedes**, v.15, p.30-43, 1986.
- TIROSH, E. et al. Learning disabilities with and without attention-deficit hyperactivity disorder: parents' and teachers' perspectives. **J. Child Neurol.**, v.13, n.6, p.270-6, 1998.

- TONELOTTO, J. M. F. **Atenção e desempenho escolar: uma proposta de avaliação interdisciplinar com crianças de 1ª série.** Campinas, 1994. 77 p. Dissertação (Mestrado em Neurociências) - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
- VILLAR, I. O. & POLAINO-LORENTE, A. Estilos Atribucionales y autoestima en hiperatividade infantil. **Rev. de Psicol. Gral Y Aplic.**, v.47, n.4, p.461-6, 1994.
- WADMAN, I. D. Aggressive boys' hostile perceptual and response biases: the role of attention and impulsivity. **Child Dev.**, v.67, n. 3, p.1015-33, 1996.
- WALLAUER, A. P. D. et al. Transtorno por déficit de atenção com hiperatividade e abuso de drogas na adolescência. **R. Psiquiatr.**, v.18, (supl.), p.162-9, 1996.
- WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia Clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- WEISSBERG, R. P. **School and family approaches to deal with children's behavior problems.** In: XVII INTERNATIONAL SCHOOL PSYCHOLOGY COLLOQUIUM - II CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA, 1994, Campinas. 46 p.
- YASUKO, T. & YUJI, S. Effects of mother's attitude for child rearing on social skills and school adaptation in elementary school children: from the point of view of the attitude for child rearing of active refusal type. **Japanese Journal of Educational Psychology**, v.45, n.2, p.173-82, 1997.

ANEXO 1

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Aluno: _____

Série: _____

Senhores pais,

Estaremos realizando uma pesquisa na escola em que seu(ua) filho(a) estuda e precisamos de sua colaboração. Trata-se de um trabalho que poderá auxiliar as professoras, na identificação de problemas com a aprendizagem e de falta de atenção.

O trabalho será realizado por professores da Universidade São Francisco (USF) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no horário de aula, sendo necessários quatro ou cinco encontros com seus filhos.

Esta pesquisa, apenas será realizada com seu consentimento. Caso concorde com a proposta, envie esta folha assinada o mais breve possível para a professora de seu filho(a). Lembro-os que a escola será beneficiada com o trabalho realizado.

Agradecida,

Profa. Josiane Maria de Freitas Tonelotto

Assinatura dos pais/responsáveis

Ciente e de acordo

Data: __/__/__

ANEXO 2

Ambulatório de Neurologia Infantil
Departamento de Neurologia - UNICAMP

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS DO DÉFICIT DA ATENÇÃO

1. DESATENÇÃO: É operacionalmente diagnosticada quando pelo menos quatro dos seguintes itens são manifestados:

- 1. Necessita de um ambiente calmo e quieto, ou é incapaz de trabalhar ou de concentrar-se.
- 2. Pede frequentemente para repetir as coisas.
- 3. Distrai-se facilmente.
- 4. Confunde os detalhes.
- 5. Não termina o que iniciou.
- 6. Ouve, porém parece não escutar.
- 7. Tem dificuldade de concentração, a menos que estruturada em uma situação um a um.

2. IMPULSIVIDADE: Diagnosticada quando ocorre pelo menos três dos seguintes itens:

- 1. Grita alto na sala: faz barulho na sala.
- 2. É extremamente excitável.
- 3. Tem inquietação quando espera sua vez.
- 4. Fala excessivamente.
- 5. Perturba as outras crianças.

3. HIPERATIVIDADE: É operacionalmente diagnosticada quando estão presentes pelo menos três das seguintes características:

- 1. Sobe nos móveis.
- 2. Está sempre na frente, prefere correr em vez de andar.
- 3. Inquieta-se ou se contorce.
- 4. Faz as coisas de um modo ruidoso.
- 5. Deve estar fazendo sempre alguma coisa ou se agitando.

Outros critérios diagnósticos incluem:

- 1. Início antes dos 7 anos de idade.
- 2. Duração de pelo menos 6 meses.

CONCLUSÃO: Foram preenchidos os critérios diagnósticos de:

DESATENÇÃO: S N
IMPULSIVIDADE: S N
HIPERATIVIDADE: S N

ANEXO 3

Nome _____ Série _____

Data: __/__/__

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DSM-IV

Assinale os comportamento exibidos por seu (ua) aluno (a):-

A)

Desatenção:-

- a. Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho, ou outras;
- b. Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c. Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d. Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender as instruções);
- e. Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f. Com frequência evita, antipatiza ou reluta aenvolver-se em tarefas que exijam mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- g. Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- h. É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- i. Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

Hiperatividade

- a. Frequentemente agita ou pés ou se remexe na cadeira;
- b. Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c. Frequentemente corre ou escala em demasia em situações onde isto é inapropriado
- d. Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e. Está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
- f. frequentemente fala em demasia.

Impulsividade

- g. Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- h. Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- i. Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo intrmete-se em conversas ou brinacadeiras);

PERSISTÊNCIA MOTORA

PROVAS	EMPO	Discriminação	
		sim	não
97 - MMs. Ss. horizontais; dedos afastados; polegares separados 1cm	30"	5	6
95-96 - olhar extremo lateral D e E	30"	6	
94 - protusão da língua (o.f.)	40"	3	4
93 - protusão da língua (o.a.)	40"	3	
92 - boca aberta	40"	3	
91 - olhos fechados	20"	3	

3 4 5 6 7 anos

NOTA: Marcar com círculo a resposta presente, com sinal negativo onde fracassou.
(o. f.) = olhos fechados
(o. a.) = olhos abertos

TONO MUSCULAR

98 - palpação e balanço passivo	3	4	5	6	7

normal = 0
variável = ±
hipertonia = +
hipotonia = -

3 4 5 6 7 anos

REFLEXOS PROFUNDOS E SUPERFICIAIS

PROVAS

- 99 - aquilianos
- 100 - patelares
- 101 - bicipitais
- 102 - estilo - radiais
- 103 - naso - palpebrais
- 105 - cutâneo - abdominais
- 106 - cutâneo - plantares

	3	4	5	6	7

3 4 5 6 7 anos

NOTA: Marcar os reflexos com respostas:
normal = 0
aumentada = +
diminuída = -

ATIVIDADE SENSITIVA E SENSORIAL

PROVAS

- 109-110 - conhece direita e esquerda
- 108 - reconhecimento de dedos
- 120 a 123 - conhece e denomina cores
- 119 a 124 - conhece e denomina preto e branco
- 111 a 117 - reconhece objetos familiares
- 107 - reconhece posições segmentares

	Discriminação	
	sim	não
109-110 - conhece direita e esquerda	5	
108 - reconhecimento de dedos	4	5
120 a 123 - conhece e denomina cores	3	4
119 a 124 - conhece e denomina preto e branco	3	
111 a 117 - reconhece objetos familiares	3	
107 - reconhece posições segmentares	3	

3 4 5 6 7 anos

NOTA: Marcar com círculo a resposta presente e com sinal negativo onde fracassou.