

A TÉCNICA DA ECONOMIA DE FICHAS NO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

(2006)

Luís Fernando Zambom
Psicólogo, PUCRS

Margareth da Silva Oliveira
Doutora em Ciências da Saúde, Professora PUCRS

Márcia Fortes Wagner
Mestranda em Psicologia Clínica, Bolsista CNPq, PUCRS

Contactos:
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Avenida Ipiranga nº 6681, Prédio 11, 9º andar, Sala 932
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
CEP 90619-900
gmarga@pucrs.br

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das principais demandas em ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes. O presente artigo tem como objetivo apresentar o uso da técnica comportamental da economia de fichas durante uma intervenção cognitivo-comportamental no acompanhamento de um adolescente com esse transtorno. O uso desta técnica mostrou-se efetiva no tratamento do TDAH, consistindo num importante aliado à melhora dos sintomas clínicos do paciente.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, economia de fichas, adolescência

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno comum na infância, embora não haja concordância entre autores sobre sua prevalência. Estudos de *follow up* têm demonstrado que o problema persiste até a idade adulta em cerca de 20% a 70% dos casos (Barrickman *et al.*, 1995).

O TDAH é uma das principais demandas de procura em ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes. Segundo as revisões de Recondo e Schmitz (2003), ocorre uma prevalência de 3 a 5% na população geral de escolares, sendo mais comum em meninos, em amostras clínica na proporção de 9:1, enquanto ocorre em 4:1 em amostras epidemiológicas. Ainda existem poucos estudos sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM- IV –TR (Associação Americana de Psiquiatria, APA, 2002), o TDAH apresenta, como característica essencial, um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, com maior frequência em relação ao observado em nível equivalente de desenvolvimento. Para a realização do diagnóstico de TDAH, comportamentos como hiperatividade e impulsividade devem ocorrer antes dos sete anos de idade e, em pelo menos dois contextos, como na escola e em casa, e manterem-se constantes ao longo do período avaliado.

A literatura indica que os sintomas de hiperatividade diminuem na adolescência, restando de forma mais acentuada, os sintomas de desatenção. Tem-se sugerido que o limiar para diagnóstico possa ser reduzido para, talvez, cinco ou menos sintomas em adolescentes, visto que estes podem continuar com um grau significativo de prejuízo no seu funcionamento global, mesmo com menos de seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade (Rohde, L. A., Knapp, P. Lykowski, L. e Carim, D. (2004).

Conforme Rohde, Eurípedes, Benetti, Gallois e Kieling (2004), mais de 50% dos casos apresentam comorbidades com outros quadros. Entre eles, destacam-se os transtornos do aprendizado, os transtornos do humor e de ansiedade, os transtornos disruptivos do comportamento e os transtornos do abuso de substância e de álcool.

Os prejuízos causados por esse transtorno na adolescência são inúmeros. Nesse sentido, é possível evidenciar déficits no desenvolvimento emocional e acadêmico do indivíduo, que podem se manifestar através de mau desempenho escolar, ferimentos causados por distração, sentimentos de menos valia e dificuldade de pensar sobre os problemas.

Para a identificação desses déficits e excessos comportamentais presentes no TDAH e elaborar um tratamento adequado, faz-se necessário a realização de uma avaliação criteriosa. O programa terapêutico deverá, então, ser baseado nas principais áreas deficitárias que constituem preocupação para os responsáveis ou profissionais que efetuaram o encaminhamento do

adolescente, levando em consideração os problemas de ajustamento presentes e futuros para o indivíduo (Domingos e Risso, 2002).

Segundo Barabasz e Barabasz (1996), os programas terapêuticos variam, assim, desde a orientação para pais, naqueles casos em que existe pouco comprometimento no funcionamento psicossocial, até os casos de programas institucionais (internação) para pacientes que apresentem comprometimentos graves. Entre esses extremos, a intervenção pode incluir alvos como melhora dos sintomas do TDAH pelo uso de medicação estimulante, programas de modificação de comportamento em sala de aula, treino de pais e treino familiar em solução de problemas.

A Economia de Fichas é uma intervenção comportamental baseada em contingência que visa premiar as respostas e atitudes adequadas do paciente. Portanto, introduz reforçadores para o comportamento esperado (Barkley, 1998). Estas fichas são fornecidas ao paciente quando este demonstra comportamentos adequados e são retiradas quando ocorrem comportamentos inadequados .

Conforme Rohde, L. A., Knapp, P. Lykowski, L. & Carim, D. (2004), quando se discutem intervenções comportamentais baseadas em contingência com os pais, é importante o reconhecimento de que o sistema de motivação intrínseca dessas crianças não funciona adequadamente, isto é, elas precisam de muito estímulo para que consigam realizar tarefas repetitivas e que consideram chatas, as quais crianças sem o transtorno conseguem com mais facilidade. No início, é necessário um estímulo externo, até que comece a ter prazer em se sentir capaz de realizar tarefas e que o círculo vicioso de não realização das tarefas, reprimendas e diminuição da auto-estima possa ser quebrado.

Reitman, Hupp, Callaghan, Gulley e Northup (2001) realizaram um estudo com três crianças de 4 a 7 anos diagnosticadas com TDAH, com o objetivo de avaliar a influência da medicação estimulante e da economia de fichas na atenção e no comportamento disruptivo durante jogos esportivos. Os resultados indicaram que o sistema de economia de fichas apresentou maior efetividade na redução de comportamentos disruptivos em duas das três crianças, além de aumentar os efeitos da medicação estimulante, ou seja, auxiliou na redução de comportamentos sociais inadequados e no incremento de ações apropriadas no momento do jogo.

Em um programa de tratamento americano, realizado na Universidade de Emory, no qual os participantes eram cinco meninos com TDAH na faixa etária de 7 à 11 anos, foi utilizada a técnica da Economia de Fichas, além do tratamento já existente. Foi implementado um programa para identificar comportamentos-problema de cada criança. Os efeitos do programa de tratamento individual e da medicação psicoestimulante foram acessados em um período de 16 dias. Foi verificado uma diminuição dos benefícios da intervenção exclusivamente medicamentosa, poucos efeitos desejados no programa em que eram somente utilizadas técnicas contingenciais e um aumento da eficácia no grupo que utilizava ambas as intervenções. Concluiu-se, nesse estudo, a existência de maiores benefícios na realização de um tratamento combinado (MacCone, 1993).

Numa revisão de 22 estudos envolvendo crianças com e sem TDAH, a partir de uma amostra total de 1181 crianças, Luman, Oosterlaan e Sergeant (2005) encontraram achados que indicam que contingências reforçadoras tem um impacto positivo na melhora da performance e nos níveis de motivação em ambos os grupos. Os resultados evidenciaram que o efeito relatado na melhora da performance é mais proeminente no grupo com TDAH e que uma alta intensidade de reforçamentos está relacionada, conseqüentemente, com uma alta efetividade no tratamento do TDAH.

O presente estudo de caso tem como objetivo ilustrar o emprego da técnica economia de fichas numa intervenção terapêutica, considerando-a como uma importante aliada na melhora dos sintomas clínicos do TDAH.

CASO CLÍNICO

M., um menino de 13 anos, cursando atualmente a 6ª série do Ensino Fundamental, procurou atendimento psicológico trazido por sua mãe, a qual relatou que o filho tinha problemas com jogo de videogame. Segundo ela, M. passava jogando videogame quatro vezes por semana e, em cada jogo, permanecia duas horas em frente ao vídeo.

Na entrevista com a mãe (pai falecido) foram obtidos os seguintes dados: é o segundo filho; tem um irmão de 20 anos; dá-se bem com o padrasto. A mãe trabalha como diarista em algumas casas, mas sem horário fixo de jornada de trabalho, com poucos recursos econômicos. Ela o descreve como uma criança muito agitada, que não pára quieta em casa. Desde pequeno, chorava muito e vivia correndo pela casa. Era também muito esquecido, e vivia perdendo seus brinquedos e materiais de aula. Relatou ainda que, na fase em que começou a andar, chamava a atenção por andar depressa demais para alguém que recém aprendeu a andar.

O desenvolvimento psicomotor de M. foi de acordo com o esperado para a sua idade. Atualmente é inquieto, não consegue manter a atenção, freqüentemente parece não escutar o que está sendo dito, esquece com freqüência os pedidos de sua mãe e não consegue manter o seu próprio quarto arrumado. Às vezes, dá respostas precipitadas, sem aguardar o final das perguntas e, freqüentemente, interrompe a conversa dos outros na hora de conversar. Na escola, rodou duas vezes na quinta série e está com rendimento abaixo do esperado na sexta série. Seus professores se queixam de que ele não presta a atenção nas aulas e não consegue ficar sentado em sua cadeira por muito tempo. A mãe relata que M. gosta muito de jogar futebol, mas que há três meses fraturou o joelho e, enquanto se recupera, não pode voltar a jogar.

Os dados foram obtidos com a mãe e com o adolescente. Na avaliação com M., foi realizada entrevista clínica, com aplicação da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, WISC III (Wechsler, 2004) em virtude do baixo rendimento escolar, e foi realizada uma entrevista com a mãe, na qual foram avaliados os critérios diagnósticos para TDAH. Foram

utilizadas as Escalas Beck: o BDI (Inventário de Depressão de Beck) para avaliar a presença de sintomas de depressão e o BAI (Inventário de Ansiedade de Beck) para avaliar sintomas de ansiedade (Cunha, 2001).

No WISC III, M. apresentou um QI verbal de 92, com uma classificação dentro da média esperada para a sua faixa etária. No entanto, o QI de execução foi de 81, com uma classificação médio inferior esperada para a sua idade, sendo que o Q.I. Total foi de 85, também com uma classificação médio inferior para sua idade. Observa-se, com isso, que há uma diferença de 11 pontos entre o Q.I. Verbal e o Q.I. de Execução, o que não nos permite afirmar que o real potencial do paciente seja médio inferior, o que se torna mais um indicativo significativo que aponta para o diagnóstico de TDAH. No índice fatorial de Resistência à Distração, o paciente apresentou um QI de 78, tendo uma classificação abaixo da média esperada para a sua idade, sugerindo, também, a investigação do diagnóstico de TDAH, pois o adolescente expressou prejuízos para manter a atenção necessária às tarefas propostas.

No BDI, o paciente obteve 4 pontos e, no BAI, obteve 3 pontos. Sendo assim, o adolescente não apresentou sintomas importantes de depressão e ansiedade. Quando avaliado em relação aos critérios diagnósticos para TDAH, preencheu tanto os critérios para desatenção quanto para hiperatividade, tendo como diagnóstico Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tipo combinado. Esse tipo de diagnóstico justifica o mau rendimento escolar de M., assim como as demais queixas dos pais e professores. O paciente não preencheu critérios diagnósticos para jogo patológico.

Intervenção Comportamental com a Técnica Economia de Fichas

Foi realizado um plano terapêutico que visasse reduzir os comportamentos inadequados e que interferiam na aprendizagem. Era preciso aumentar os períodos de duração da atenção e de realização de tarefas propostas pela professora, bem como realizar os pedidos (tarefas) que sua mãe lhe fazia.

Tendo o diagnóstico definido e os objetivos esclarecidos, foi possível pensar em estratégias para que os objetivos terapêuticos fossem alcançados. Foi vista a necessidade da utilização de técnicas como: auto-instrução, auto-monitoramento, treino de assertividade, resolução de problemas e economia de fichas.

A técnica de economia de fichas foi escolhida com o objetivo de ajudar o paciente a se organizar, a realizar suas tarefas e conter a impulsividade. A técnica foi empregada da seguinte forma: inicialmente, foi estabelecido com M. quais seriam suas recompensas e definidas três possibilidades, uma revista que falasse de carros, um chaveiro do seu time de futebol e 20 minutos de navegação na internet.

Segundo Rohde, L. A., Knapp, P. Lykowski, L. & Carim, D. (2004), é fundamental definir com a criança um *menu* de recompensas que deve ser variado e abarcar itens de pequeno, médio e maior valor. Para cada recompensa determinada, existia um valor x que deveria ser alcançado. A revista precisaria de 25 pontos, o chaveiro 30 pontos e a navegação na internet 40 pontos.

Para cada atividade realizada durante a sessão, foi atribuído um valor de pontos, por exemplo, não se atrasar à sessão (2 pontos), realizar as tarefas de casa (2 pontos), correto preenchimento da agenda (2 pontos), se lembrar do que foi conversado na sessão anterior (2 pontos) e olhar nos olhos do terapeuta quando estiver conversando com ele (2 pontos). Para cada ponto que o paciente ganhava, ele recebia uma ficha que correspondente. Se, por acaso, o paciente não realizasse uma determinada atividade da sessão, ele perderia as fichas relativas àquela tarefa. Assim, o adolescente foi acumulando pontos e, de acordo com o seu interesse, pode trocá-los por alguma recompensa, quando atingisse o número necessário de pontos para obtê-la.

Uma vantagem dessa estratégia é a de permitir trabalhar questões relacionadas à impulsividade, já que é extremamente comum que o paciente queira trocar um número mínimo de pontos por qualquer recompensa menor imediata, mesmo desejando alguma coisa de maior valor, mas que necessitaria de mais tempo para acumular os pontos necessários (Rohde, L. A., Knapp, P. Lykowski, L. & Carim, D., 2004).

Nesse sentido, foi possível a observação da tendência do adolescente a escolher, no início da técnica, as recompensas de menor valor. Mas, no decorrer, à medida em que novas recompensas eram estabelecidas (cada vez com valores / metas que exigiam maior pontuação), M. foi aprendendo a controlar a sua impulsividade e a aguardar pela soma da pontuação maior, para obter a recompensa que mais lhe agradava.

À medida que o paciente já estava familiarizado com a técnica e adaptado a ela, a mãe foi convidada a participar dos quinze minutos finais da sessão, a fim de aprender a técnica. O intuito era realizar a mesma técnica em sua casa, fazendo uma lista de recompensas com M. e estabelecendo uma lista de atividades (adequadas aos objetivos da terapia) para realizar em casa, sendo que cada atividade com sua atribuição de valor. Numa sessão individual com a mãe, foram estabelecidas quais as atividades que seriam incumbidas ao paciente, e de que forma seriam valoradas. As atividades incluíam a realização dos temas de casa durante a tarde no período de, no mínimo, 20 minutos, arrumar seu quarto ao acordar pela manhã e ir dormir antes da meia noite. Foi solicitado à mãe que sempre o elogiasse quando estivesse apresentando o comportamento desejado, a fim de reforçá-lo positivamente a engajar-se na técnica.

Segundo Domingos e Risso (2002), é importante a orientação para a mãe, ou responsável, a qual é realizada semanalmente, incluindo esclarecimentos sobre posturas a serem adotadas diante dos comportamentos apresentados pelo paciente. Tal orientação diz respeito a alguns aspectos importantes do tratamento, como atenção contingente a comportamentos adequados, ignorando os comportamentos indesejáveis; utilização de sistema de fichas, com aumento gradual das

exigências para obtenção das fichas, acompanhadas de reforço social; estabelecimento de regras claras e limites comportamentais, incluindo estabelecimento de hora e local de estudo; promoção da auto-estima, aceitando, recompensando e encorajando a criança ou adolescente.

Com os pais, ou em sessão conjunta com o adolescente e os pais, foi estabelecida uma lista de problemas. Quais são, de fato, os problemas? Qual é a dificuldade mais importante? Qual lhe incomoda mais? Ou ainda, qual atrapalha mais o funcionamento do jovem? Pode-se pedir que pensem e façam toda a lista de problemas do adolescente e, após coloquem em ordem de prioridade. Feita a lista de problemas, solicita-se também que façam um repertório de recompensas (Abikof, 1991).

Após 6 meses de acompanhamento, houve mudança no comportamento de M., em algumas situações. Segundo a mãe, em casa está mais organizado, arruma sempre seu quarto, tem horário para estudos e acata sem choro ou irritação os limites impostos. Na escola, M. está indo bem e está mais atento e menos inquieto em casa e na escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção comportamental na psicoterapia consistiu num importante aliado à melhora do quadro clínico do paciente. Devido às características do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o adolescente conseguiu adaptar-se ao modelo de tratamento e, após as primeiras sessões, foi implementada a economia de fichas.

A técnica da economia de fichas exige controle, por parte do terapeuta, das fichas, recompensas e atividades. É imprescindível a psicoeducação sobre a técnica e a familiarização do paciente com o modelo cognitivo-comportamental.

No desenvolvimento dessa técnica, a participação dos pais é fundamental, porque o objetivo principal é que seja também empregada em casa. Dessa forma, à medida que os pais vão se familiarizando com este tipo de intervenção, bem como passam a utilizá-la com seu filho, o terapeuta pode ir diminuindo as atividades desta técnica no *setting* terapêutico.

Destaca-se que a economia de fichas é uma ferramenta útil na melhora do quadro clínico do paciente, além de receber o *feedback* positivo por parte dos pais e professores. Esse estudo de caso corrobora com os achados de Luman, Oosterlaan e Sergeant (2005), concluindo que a economia de fichas pode ser utilizada como uma intervenção complementar no tratamento do TDAH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abikoff, H. (1991). Cognitive Training in ADHD children: less to it than meets the eye. Journal of Learning Disabilities, 24 (4), 205-209.

American Psychiatric Association-APA (2002) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV-TR (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

Barabasz, M. & Barabasz, A. (1996). Attention Deficit Disorder: Diagnosis, etiology and treatment, Child Study Journal, 26 (1), 1-36.

Barkley, R. A. (1998). Attention deficit hiperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford.

Barrickman, L.L., Perry, P. J., Allen, A. J., Kuperman, S., Arndt, S.V., Herrmann, K. J. & Schumacher, E. (1995). “Bupropion versus Mthylphenidate in the treatment of Attention – Deficit Hiperactivity Disorder”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (5), 649 – 657.

Cunha, J. A. (2001). Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Domingos, N. A. M. & Risso, K. R. (2002). O Transtorno de Déficit de Atenção e a Hiperatividade Infantil. In E.F.M. Silvaes (Org.). Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil (2ª ed., pp. 63-83). Campinas, SP: Papyrus.

Luman, M., Oosterlaan, J. & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. Clinical Psychology Review, 25 (2), 183-213.

Mc.Cone, D.S. (1993). Stimulant medication and behavioral treatment for ADHD: Assessment of separate and combined effects using single subject methodology , (Doctoral Dissertation, University of Oregon, 1993), Dissertation Abstracts Internacional, DAI-B 54/10, p. 5396, N° AAT 9405203.

Recondo, R. & Schmitz, M. (2003). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In Cataldo Neto, A., Gauer, G. J. C. & Furtado, N. R. (Orgs.) Psiquiatria para Estudantes de Medicina (pp. 636 – 649). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Reitman,D., Hupp, S. D. A., O’Callaghan, P. M., Gulley, V. & Northup. J. (2001) The influence of a token economy and methylphenidate on attentive and disruptive behavior during sports with ADHD-diagnosed children. Behavior-Modification, 25 (2), 305-323.

Rohde, L. A., Eurípedes C. M. F., Benetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. Revista de Psiquiatria Clínica, 31, 3, 124-131.

Rohde, L. A., Knapp, P. Lykowski, L. & Carim, D. (2004). Crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In P. Knapp (Org.) Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Clínica (pp. 358-373). Porto Alegre: Artmed.

Wechsler, D. (2004). WISC-III :Escala de Inteligência para Crianças: Manual David Wechsler: adaptação e padronização de uma amostra brasileira .Vera Lucia Figueiredo-1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.