

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

Adriana de Fátima Ribeiro

**PROGRAMA PARENTAL DE PRÁTICAS EDUCATIVAS E
SEU EFEITO SOBRE SAÚDE MENTAL DOS PAIS E PERFIL
COGNITIVO E COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM
TDAH**

São Paulo
2020

Adriana de Fátima Ribeiro

**PROGRAMA PARENTAL DE PRÁTICAS EDUCATIVAS E
SEU EFEITO SOBRE SAÚDE MENTAL DOS PAIS E PERFIL
COGNITIVO E COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM
TDAH**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie como parte dos requisitos para obter o título de Doutor.

Linha de pesquisa: Estudos do desenvolvimento e seus transtornos nas áreas clínica, cognitiva, comportamental e epidemiológica

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

São Paulo
2020

R484p

Ribeiro, Adriana de Fatima.

Programa parental de práticas educativas e seu efeito sobre saúde mental dos pais e perfil cognitivo e comportamental de crianças com TDAH / Adriana de Fatima Ribeiro.

263 f. : il. ; 30 cm + 1 DVD (4 3/4 pol.)

Tese (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento) –
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2020.

Orientador: Luiz Renato Rodrigues Carreiro.

Referências bibliográficas: f. 214-231.

1. Intervenção. 2. Práticas educativas parentais. 3. TDAH. 4. Grupo de pais. I. Carreiro, Luiz Renato Rodrigues, *orientador*. II. Título.

CDD 616.8589

Folha de Identificação da Agência de Financiamento

Autor: Adriana de Fátima Ribeiro

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Distúrbios do Desenvolvimento

Título do Trabalho: Programa parental de práticas educativas e seu efeito sobre saúde mental dos pais e perfil cognitivo e comportamental de crianças com TDAH

O presente trabalho foi realizado com o apoio de ¹:

- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- Instituto Presbiteriano Mackenzie/Isenção integral de Mensalidades e Taxas
- MACKPESQUISA - Fundo Mackenzie de Pesquisa
- Empresa/Indústria:
- Outro:

¹ **Observação:** caso tenha usufruído mais de um apoio ou benefício, selecione-os.

© 2020

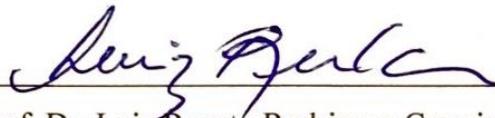
Todos os direitos autorais reservados a Adriana de Fátima Ribeiro. Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta pesquisa, por qualquer meio eletrônico ou impresso, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

ADRIANA DE FÁTIMA RIBEIRO,

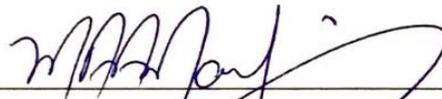
Título: Programa Parental de Práticas Educativas e seu Efeito Sobre Saúde Mental dos Pais e Perfil Cognitivo e Comportamental de Crianças com TDAH

Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como para dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Distúrbios do Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA



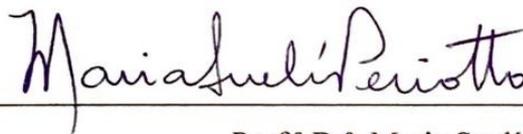
Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro (Orientador)
Universidade Presbiteriana Mackenzie



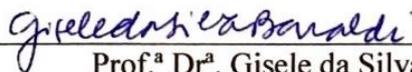
Profa. Dra. Maria Aparecida Fernandes Martins
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof.^a Dr.^a Berenice Carpigiani
Universidade Presbiteriana Mackenzie



Prof.^a Dr.^a Maria Sueli Periotto
Instituto de Educação José de Paiva Netto



Prof.^a Dr.^a Gisele da Silva Baraldi

Aprovada em 18 de feverei de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela oportunidade de vivenciar tantos momentos maravilhosos. A tua luz me motivou para continuar firme e focada no meu objetivo.

Aos meus pais, Antônio Ribeiro e Fátima Evangelista, meus agradecimentos, pelo amor, pelas muitas orações e pela fé que nasceu na minha alma.

Aos meus irmãos, Samuel Ribeiro e Alexandre Ribeiro, por fazer parte da minha história, por caminhar e sentir as alegrias e tristezas, os sonhos e conquistas.

Ao meu filho, Caio Ribeiro de Oliveira, por me acompanhar e vibrar comigo todos os sonhos e conquistas, por ser estudioso e por provocar dentro de mim um desejo incrível de permanecer firme e forte na jornada da vida.

Ao meu namorado André Torreão Sa, que por muitos momentos me deu as mãos e me segurou firme para que eu não amolecasse nos momentos de incertezas. Gratidão pela paciência e por acreditar na minha capacidade.

À minha querida Dr^a. Rita Célia Magalhães Torreão, exemplo de dedicação, inteligência, esforço e energia. Obrigada pelo apoio e carinho.

À minha amada e inesquecível Dr^a. Lélia Faleiros pelo apoio, incentivo e por acreditar que era possível, sou muito grata por tudo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar não só esta tese, mas tantos outros trabalhos ao longo do percurso da minha jornada de estudante. Eu sou grata estar ao seu lado, pois você transmite sabedoria, generosidade e conhecimento a todos os seus alunos, você incentiva a enfrentar os medos, acredita nos seus orientandos e inspira o nosso desenvolvimento. A minha eterna gratidão e admiração pela sua capacidade de apoiar e de ensinar com humildade e respeito.

À Prof.^a Dr^a. Gisele da Silva Baraldi, Maria Suelí Periotto, Berenice Carpigiani e a Maria Aparecida Fernandes Martin, pela disponibilidade e considerações feitas a este trabalho. Obrigada pela oportunidade de aprender com vocês.

Aos Professores Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Roberta Cysneiros e ao Décio Brunoni, profissionais incríveis que mora no meu coração, obrigada professores por cada ensinamento, lembro-me do quanto são especiais.

À minha amiga e companheira Raquel Lopes, que dividiu agradáveis momentos, inúmeras conversas, risadas, conhecimento, segredos, alegrias, choros e sonhos. Eu aprendi muito com a sua força de vontade, determinação e lealdade, aprendizado esse, que levarei por toda a minha vida.

À minha amiga Ana Paula Micieli, você mora no meu coração, foram anos de convívio, lembro-me do nosso primeiro congresso, que nos rendeu uma premiação, ficamos felizes e nos divertimos por diversos momentos. Gratidão pelo carinho, por me ajudar e apoiar.

À minha amiga Carla Cantiere, o seu jeito espontâneo torna o ambiente mais leve e descontraído, estamos juntas há mais de 13 anos, lá se foi a graduação, o mestrado e doutorado, muitos momentos de estudos e risadas.

À Natália Sant'Anna da Silva e Ralf Alves de Souza pessoas especiais que me acompanhou ajudou do início ao fim, companheiros, prontos para auxiliar em tudo com dedicação, com vocês tudo foi muito gostoso. Eu sou eternamente grata.

À Daniele Gomes, Jacqueline Nicodemos, Letícia Martinez, Nara Socci e Alessandra Almeida, sempre disponíveis para ajudar os alunos. Gratidão pelo apoio em todas as etapas da minha pesquisa e pelos momentos de alegria.

Aos amigos do grupo de pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, Fernanda Garcia, Rodrigo Ferreira, Regina Marino, Ronê Paiano, Leilany Rocha, Ana Paula Soares, Izabela Paes, Paula Frade e Mayara Miyahara, aprendo com cada um de vocês, seja nas discussões de artigos, apresentações dos projetos, das qualificações e das defesas.

Aos colegas, Gabriel, Juliana, Isabela, Mauricio, Taly, João e Amanda que contribuíram para a realização desse trabalho.

Em especial, eu agradeço aos pais que integraram o grupo, pela dedicação e pela troca de experiência. Agradeço pela confiança, participação e comprometimento em todas as ações propostas. Agradeço também, as crianças e seus respectivos professores, por colaborar para que esse trabalho fosse realizado.

"Em todos esses momentos, em todas essas circunstâncias, não posso dizer que estivesse sozinho, que estivesse pensando sozinho, pois em pensamento eu me situava neste ou naquele grupo"

Maurice Halbwachs

O presente trabalho foi realizado com o apoio do **Mackpesquisa**
e **CAPES-PROSUP**/Número do Processo:
88887.184881/2018-00

RIBEIRO, A.F. Programa Parental de Práticas Educativas e seu efeito sobre Saúde Mental dos Pais e Perfil Cognitivo e Comportamental de Crianças com TDAH. 2020. 264f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2020.

RESUMO

As práticas educativas parentais contribuem para o desenvolvimento afetivo e cognitivo das crianças desde os primeiros anos de vida. Esses aspectos relacionais tornam-se ainda mais importantes ao se tratar de famílias de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH). Os comportamentos frequentemente observados em crianças com TDAH, estão relacionados com a atividade motora excessiva, dificuldade de planejamento, inquietude, desatenção, impulsividade, irritabilidade e prejuízo escolar, tornando-os mais dependentes da monitoria de seus pais. Os programas de orientações aos cuidadores têm-se mostrado como uma alternativa de êxito no desenvolvimento de comportamentos mais adequados tanto dos pais como também de seus filhos. Com isso, o projeto tem como objetivo geral, desenvolver, implementar e avaliar os efeitos de um programa de intervenção parental de práticas educativas sobre dificuldades emocionais dos pais e nos aspectos cognitivos e comportamentais de crianças com TDAH. A amostra constituiu-se de 16 participantes, sendo quatro mães e dois pais, cinco crianças com TDAH, entre 8 e 11 anos, e seus respectivos professores. Os instrumentos para a coleta de dados dos pais foram: a) inventário de estilos parentais (IEP); b) BAI e BDI das escalas Beck (ansiedade e depressão); c) inventário de estresse (ISSL); d) qualidade de vida (WHOQOL-bref); e) inventário de auto avaliação (ASR/18-59). Os instrumentos para avaliar as crianças foram: a) inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL-6/18); b) questionário de sinais de desatenção e hiperatividade baseado no DSM-5; c) escala de transtorno do déficit de atenção hiperatividade (Benczik); d) inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (TRF/6-18); e) desempenho contínuo de Connors (CPT); f) teste de TRILHAS; g) atenção por cancelamento (TAC); h) índice de memória operacional (IMO) da escala de inteligência (WISC-IV); i) teste dos Cinco Dígitos (FDT). O estudo envolveu sete etapas: (1) análise do banco de dados (2); constituição do grupo; (3) avaliação pré-intervenção; (4) aplicação do programa parental; (5) avaliação pós-intervenção; (6) *follow up*; (7) avaliação pós-*follow up*, devolutiva e entrega dos relatórios aos pais. Os dados provenientes dos instrumentos de avaliação foram analisados de modo quantitativo e de acordo com seus manuais e comparados com a sua amostra de padronização. Foram conduzidas análises descritivas das informações mediante o uso de tabelas e de gráficos de frequência simples e comparações dos dados referentes às crianças e seus pais entre as fases de pré, de pós-intervenção e de pós-*follow up*. Nos resultados da avaliação inicial dos pais observou-se a presença de alguns indicadores de ansiedade, depressão e estresse. Os estilos parentais revelaram em sua maioria classificação dentro da média, médio baixo e estilo parental de risco. No decorrer do programa parental percebeu-se melhoras nos aspectos emocionais e comportamentais, assim como aumento dos estilos parentais positivos e diminuição de práticas educativas de risco. Os principais resultados apontaram que o grupo de crianças apresentou melhoras nos aspectos emocionais, comportamentais e nas habilidades cognitivas. Os cuidadores passaram a adotar práticas parentais educativas baseadas na monitoria positiva, diminuíram o uso de práticas parentais negativas em relação ao manejo dos filhos. O estudo permitiu concluir que existem evidências de que intervenções parentais para desenvolvimento de habilidades educativas no tratamento da criança com TDAH gera benefícios para a família. Os pais desenvolveram habilidades em relação ao conhecimento e manejo do transtorno e aprenderam a auxiliar os seus filhos em relação a diferentes aspectos, favorecendo o desenvolvimento escolar e social da criança.

Palavras chave: Intervenção; Práticas educativas parentais; TDAH; Grupo de pais.

ABSTRACT

Parenting practices contribute to the affective and cognitive development of children since the first years of life. These relational aspects become even more important when it comes to families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The behaviors often observed in children with ADHD are related to excessive motor activity, planning difficulties, restlessness, inattention, impulsiveness, irritability and school impairment, making them more dependent on their parents' monitoring to organize their behaviors. Caregivers' guidance programs have proven to be a successful alternative in treating both parent issues and their children's behavior problems. Thus, the project aims to develop, implement and evaluate the effects of a parental intervention program of educational practices on parental emotional difficulties and the effect on cognitive and behavioral aspects of children with ADHD. The sample consisted of 16 participants, four mothers and two fathers, five children with ADHD, between 8 and 11 years old and their respective teachers. The tools for collecting parental data were: a) Parenting Style Inventory (PSI); b) BAI and BDI of the Beck scales (anxiety and depression); c) stress inventory (ISSI); d) quality of life (WHOQOL-bref); e) self-assessment inventory (ASR / 18-59). The instruments to assess children were: a) behavioral inventory for children and adolescents (CBCL-6/18); b) DSM-5-based questionnaire for inattention and hyperactivity signs; c) Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scale (Benzik); d) behavioral inventory for children and adolescents (TRF / 6-18); e) Continuous Performance of Conners (CPT); f) Trails test; g) cancellation attention test (TAC); h) Working Memory Index from Intelligence Scale (WISC-IV); i) Five Digit Test (FDT). The study involved seven steps: (1) database analysis (2) group constitution; (3) pre-intervention assessment; (4) application of the parental program; (5) post-intervention assessment; (6) follow up; (7) post-follow up assessment, feedback evaluation and report delivery for the parents. Data from the evaluation instruments were analyzed quantitatively, according to their manuals and compared with their standardization sample. Descriptive analyzes of the information were conducted using simple frequency tables and graphs and comparisons of data regarding children and their parents between the pre, post-intervention and post-follow up phases. In the results of the initial parental evaluation, the presence of some indicators of anxiety, depression and stress was observed. Parenting styles revealed mostly classification within medium, medium low and risk parenting style. Throughout the parenting program it was possible to notice improvements in emotional and behavioral aspects, as well as an increase in positive parenting styles and a decrease in risky educational practices. The main results indicated that the group of children showed improvements in the emotional, behavioral and cognitive skills. Mothers started adopting parenting practices based on positive monitoring and decreased or extinguished the use of negative parenting practices regarding child management. The study concluded that there are evidences that interventions with parents, to develop educational skills for children with ADHD, have benefits for the whole family. Parents develop skills regarding knowledge and management of the disorder and learn to help their children in different aspects, providing school and social development.

Keywords: Intervention; Parenting practices; ADHD; Parent group.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Apresentação das sete práticas educativas parentais composto por Gomide (2006).....	41
Figura 2.	Apresentação dos quatro estilos parentais, segundo as apreciações de Weber (2007).....	44
Figura 3.	Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados nas fases de avaliação.....	72
Figura 4.	Especificidades relativas à seleção da amostra.....	73
Figura 5.	Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na reavaliação do estudo.....	75
Figura 6.	Especificidades relativas a seleção da amostra.....	76
Figura 7.	Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 3ª etapa, pré-intervenção.....	77
Figura 8.	Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 5ª etapa, de pós-intervenção.....	93
Figura 9.	Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 7ª etapa de pós- <i>follow up</i>	95
Figura 10.	Fluxograma da adesão dos pais ao programa parental.....	97
Figura 11.	Resultados da avaliação de C1, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i> ..	106
Figura 12.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	108
Figura 13.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	109
Figura 14.	Resultados da avaliação de C2, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i> ..	116
Figura 15.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	118
Figura 16.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	119
Figura 17.	Resultados da avaliação de C3, obtidos a partir dos indicadores da Escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i> ..	126

Figura 18.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.....	128
Figura 19.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.....	129
Figura 20.	Resultados da avaliação de C4, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up..	136
Figura 21.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós follow-up.....	138
Figura 22.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.....	139
Figura 23.	Resultados da avaliação de C5, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up..	146
Figura 24.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.....	148
Figura 25.	Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.....	149
Figura 26.	Resultado da avaliação do IEP-Total do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.....	151
Figura 27.	Resultado da avaliação do IEP-monitoria positiva do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.....	152
Figura 28.	Resultado da avaliação do IEP-comportamento moral do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.....	153
Figura 29.	Percentis e classificações dos estilos parentais: punição inconsistente, negligencia, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico que fazem parte das práticas educativas negativas-IEP dos resultados nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- follow-up do grupo de pais/cuidadores.....	156
Figura 30.	Resultado da avaliação do WHOQOL-bref nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Apresenta os nove sintomas referentes a desatenção de acordo com os critérios de avaliação para o TDAH.....	31
Tabela 2.	Apresenta os nove sintomas referentes a hiperatividade/impulsividade de acordo com os critérios de avaliação para o TDAH.....	32
Tabela 3.	Descrição dos pais em função da idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil e classificação socioeconômica.....	61
Tabela 4.	Descrição das crianças em função da idade, sexo, escolaridade, QI, diagnóstico e uso de medicamento.....	62
Tabela 5.	Índices dos testes cognitivos e respectivas funções avaliadas.....	68
Tabela 6.	Fluxograma de execução do estudo com apresentação das etapas do projeto, encontros e tempo.....	70
Tabela 7.	Distribuição da seleção das crianças e adolescentes avaliadas por faixa etária. São Paulo, 2017.....	73
Tabela 8.	Distribuição do ano de avaliação das crianças do protocolo de Carreiros et al. (2014). São Paulo, 2017.....	74
Tabela 9.	Descrição dos participantes, pais e crianças, avaliados na pré-intervenção.	76
Tabela 10.	Exemplos de situações empregadas no BEP sobre as práticas educativas negativas.....	80
Tabela 11.	Exemplos de situações empregadas no BEP sobre as práticas educativas positivas.....	81
Tabela 12.	Intervenção parental: temas, objetivos, etapas e procedimentos.....	84
Tabela 13.	Registro de presenças e faltas dos pais aos encontros no programa parental.	98
Tabela 14.	Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M1..	100
Tabela 15.	Classificação obtida pelo participante C1 no questionário baseado no DSM-5.....	103
Tabela 16.	Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C1 na perspectiva da M1 nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	104
Tabela 17.	Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C1 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	105
Tabela 18.	Classificação obtida pelo participante C1 no IMO-WISC-IV.....	106
Tabela 19.	Classificação obtida pelo participante C1 no TAC.....	107
Tabela 20.	Classificação obtida pelo participante C1 no TRILHAS.....	107
Tabela 21.	Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M2..	110
Tabela 22.	Classificação obtida pelo participante C2 no questionário baseado no DSM-5.....	113

Tabela 23.	Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C2 na perspectiva da M2 nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	114
Tabela 24.	Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C2 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	115
Tabela 25.	Classificação obtida pelo participante C2 no IMO-WISC-IV.....	116
Tabela 26.	Classificação obtida pelo participante C2 no TAC.....	117
Tabela 27.	Classificação obtida pelo participante C2 no teste de TRILHAS.....	117
Tabela 28.	Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M3..	120
Tabela 29.	Classificação obtida pelo participante C3 no questionário baseado no DSM-5.....	123
Tabela 30.	Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C3 na perspectiva da M3 nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	123
Tabela 31.	Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C3 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	125
Tabela 32.	Classificação obtida pelo participante C3 no IMO-WISC-IV.....	126
Tabela 33.	Classificação obtida pelo participante C3 no TAC.....	127
Tabela 34.	Classificação obtida pelo participante C3 no teste de TRILHAS.....	127
Tabela 35.	Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de P4.	130
Tabela 36.	Classificação obtida pelo participante C4 no questionário baseado no DSM-5.....	133
Tabela 37.	Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C4 na perspectiva da M4 nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	134
Tabela 38.	Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C4 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	135
Tabela 39.	Classificação obtida pelo participante C4 no IMO-WISC-IV.....	136
Tabela 40.	Classificação obtida pelo participante C4 no TAC.....	137
Tabela 41.	Classificação obtida pelo participante C4 no teste de TRILHAS.....	137
Tabela 42.	Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M5.	140
Tabela 43.	Classificação obtida pelo participante C5 no questionário baseado no DSM-5.....	143
Tabela 44.	Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C5 na perspectiva da M5 nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	144

Tabela 45.	Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C5 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	145
Tabela 46.	Classificação obtida pelo participante C5 no IMO-WISC-IV.....	146
Tabela 47.	Classificação obtida pelo participante C5 no TAC.....	147
Tabela 48.	Classificação obtida pelo participante C5 no teste de TRILHAS.....	147
Tabela 49.	Resultado do IEP-Total da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	150
Tabela 50.	Resultado do IEP-monitoria positiva da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	151
Tabela 51.	Resultado do IEP-comportamento moral da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	153
Tabela 52.	Resultado do IEP-punição inconsistente, negligencia, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	155
Tabela 53.	Resultado do ASR-18/55 para os problemas internalizantes da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	158
Tabela 54.	Resultado do ASR-18/55 para os problemas externalizantes da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	158
Tabela 55.	Resultado do BAI da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	159
Tabela 56.	Resultado do BDI da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	160
Tabela 57.	Resultado do ISSL da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós- <i>follow-up</i>	161
Tabela 58.	Comparação geral entre os diferentes instrumentos utilizados nas avaliações pré-intervenção e pós- <i>follow-up</i> com as crianças, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.....	171
Tabela 59.	Comparação geral dos instrumentos IEP utilizados nas avaliações pré e pós-intervenção e pós- <i>follow-up</i> , com os pais, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.....	172
Tabela 60.	Comparação geral entre os instrumentos ASR, BAI, BDI, ISSL utilizados nas avaliações pré e pós-intervenção e pós- <i>follow-up</i> , com os pais, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.....	173
Tabela 61.	Levantamento dos problemas de comportamento compatíveis com TDAH.	175
Tabela 62.	Levantamento dos comportamentos adequados dos filhos segundo a percepção dos pais.....	177

Tabela 63.	Levantamento das atitudes dos pais na presença dos comportamentos adequados dos seus filhos.....	178
Tabela 64.	Levantamento dos comportamentos inadequados dos filhos segundo a percepção dos pais.....	179
Tabela 65.	Levantamento das atitudes dos pais na presença dos comportamentos inadequados dos seus filhos.....	180
Tabela 66.	Lista dos jogos e das habilidades desenvolvidas por treino cognitivo, segundo a literatura.....	185
Tabela 67.	Respostas dos pais referente ao exercício “Quem vai para a Lua” de Weber et. al. (2014).....	189
Tabela 68.	Respostas dos pais sobre as práticas educativas negativas.....	192
Tabela 69.	Respostas dos pais sobre as práticas educativas positivas.....	194
Tabela 70.	Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Primeiro encontro da fase do <i>follow-up</i>	199
Tabela 71.	Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Segundo encontro da fase do <i>follow-up</i>	200
Tabela 72.	Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Terceiro encontro da fase do <i>follow-up</i>	201
Tabela 73.	Avaliação dos pais sobre o conteúdo do programa parental.....	204
Tabela 74.	Avaliação dos pais sobre a modificação de seus próprios comportamentos..	205

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ASR/18-59	Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos
BAI	Inventário de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão Beck
BEP	Baralho dos Estilos Parentais
CBCL/6-18	Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos
CPT	Teste de Desempenho Contínuo de Connors e/ou Teste Computadorizado de Atenção
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FDT	Teste dos Cinco Dígitos
FE	Funções Executivas
HES	Habilidade Educativa Social
ICV	Índice de Compreensão Verbal
IEP	Inventário de Estilos Parentais
IMO	Índice de Memória Operacional
IOP	Índice de Organização Perceptual
ISSL	Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP
IVP	Índice de Velocidade de Processamento
PPG-DD	Protocolo de Avaliação Neuropsicológica, Comportamental e Clínica para Crianças e Adolescentes com Queixa de Desatenção e Hiperatividade do Programa
QI	Quociente de Inteligência
QIG	Quociente de Inteligência Geral (QIG)
SWB	Síndrome Williams-Beuren
TAC	Teste de Atenção por Cancelamento
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade/ Impulsividade
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante
TPA	Transtorno do Processamento Auditivo
TRF/6-18	Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos
UPM	Universidade Presbiteriana Mackenzie
WAIS III	Escala Wechsler Abreviada de Inteligência
WCST	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas
WHOQOL-bref	Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida
WISC-IV	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças
YSR/11-18	Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 QUADRO TEÓRICO	21
CAPÍTULO I. Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade/ Impulsividade-TDAH	21
1.1 TDAH: Definição, caracterização sintomatológica, fatores de risco e comorbidades.....	21
1.2 Perfil cognitivo e comportamental de crianças com TDAH.....	25
1.3 Crianças com TDAH: Dificuldades emocionais e de interações sociais na escola e no ambiente familiar.....	28
1.4 TDAH: Avaliação, diagnóstico e tratamento.....	30
CAPÍTULO II. Práticas Educativas Parentais	35
1.5 Cultura e Família ao longo do desenvolvimento do indivíduo.....	35
1.6 Conceito de práticas educativas parentais e suas consequências.....	39
1.6.1 <i>Práticas educativas parentais ao longo da história</i>	39
1.6.2 <i>Práticas educativas parentais e consequências para a criança típica</i>	45
1.7 Uso de práticas educativas parentais e consequências no comportamento da criança com TDAH.....	48
1.8 TDAH: Práticas educativas parentais, estresse e ansiedade dos pais/cuidadores.....	51
CAPÍTULO III. Programas de orientação a pais/cuidadores de crianças com TDAH	55
1.9 O papel da psicoeducação na orientação aos pais/cuidadores de crianças com TDAH.....	55
1.10 Programas de intervenção com grupo de pais.....	57
2 OBJETIVOS	59
2.1 Objetivo Geral.....	59
2.2 Objetivos Específicos.....	59
3 MÉTODO	60
3.1 Aspectos Éticos.....	60
3.2 Local da Pesquisa.....	60
3.3 Materiais e Equipamentos.....	60
3.4 Participantes e Informantes.....	60
3.5 Instrumentos.....	62
3.5.1 <i>Instrumentos de Autoavaliação</i>	62
3.5.2 <i>Instrumentos de Avaliação das crianças respondidos pelos pais</i>	65
3.5.3 <i>Instrumentos de Avaliação das crianças respondidos pelos professores</i>	66
3.5.4 <i>Instrumentos de Avaliação Neuropsicológica</i>	67
3.6 Procedimentos.....	70
3.6.1 <i>Primeira Etapa: Análise do banco de dados</i>	71
3.6.1.1 Processo de Avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica em crianças e adolescentes com queixa de TDAH	71
3.6.1.2 Reavaliação neuropsicológica e comportamental	74
3.6.2 <i>Segunda Etapa: Constituição do Grupo</i>	75

3.6.3	<i>Terceira Etapa: Avaliação de Pré-Intervenção</i>	76
3.6.4	<i>Quarta Etapa: Programa de Intervenção em Práticas Educativas Parentais</i>	78
3.6.5	<i>Quinta Etapa: Avaliação de Pós-Intervenção</i>	93
3.6.6	<i>Sexta Etapa: Follow up</i>	94
3.6.7	<i>Sétima Etapa: Avaliação de Pós Follow up</i>	94
3.7	<i>Análise dos Dados</i>	95
4	RESULTADOS	96
4.1	<i>Adesão dos pais/cuidadores ao programa parental</i>	96
4.2	<i>Apresentação das famílias e dos resultados individuais das crianças nas fases de pré-intervenção e de pós- follow-up</i>	98
4.2.1	<i>Família 1 (Mãe 1-M1 e Criança 1-C1)</i>	99
4.2.1.1	Resultados dos testes comportamentais de C1	103
4.2.1.2	Resultados dos testes neuropsicológicos de C1	106
4.2.2	<i>Família 2 (Mãe 2-M2 e Criança 2-C2)</i>	109
4.2.2.1	Resultados dos testes comportamentais de C2	112
4.2.2.2	Resultados dos testes neuropsicológicos de C2	116
4.2.3	<i>Família 3 (Mãe 3-M3; Pai 3-P3 e Criança 3-C3)</i>	119
4.2.3.1	Resultados dos testes comportamentais de C3	122
4.2.3.2	Resultados dos testes neuropsicológicos de C3	126
4.2.4	<i>Família 4 (Pai 4-P4 e Criança 4-C4)</i>	129
4.2.4.1	Resultados dos testes comportamentais de C4	133
4.2.4.2	Resultados dos testes neuropsicológicos de C4	136
4.2.5	<i>Família 5 (Mãe 5-M5 e Criança 5-C5)</i>	139
4.2.5.1	Resultados dos testes comportamentais de C5	143
4.2.5.2	Resultados dos testes neuropsicológicos de C5	146
4.3	<i>Apresentação dos resultados individuais e do grupo de pais nas fases de pré, pós-intervenção e pós- follow-up</i>	149
4.4	<i>Apreciações da comparação geral dos instrumentos da avaliação dos pais e das crianças para as condições pré, pós-intervenção e pós-follow-up</i>	163
4.4.1	<i>Apreciações dos resultados individuais das crianças avaliadas</i>	168
4.4.2	<i>Apreciações do IEP dos resultados individuais do grupo de pais</i>	168
4.4.3	<i>Apreciações dos resultados individuais do grupo de pais, dos instrumentos ASR, BAI, BDI e ISSL</i>	170
5	DISCUSSÃO	174
5.1	<i>Apreciações do programa parental</i>	174
5.1.1	<i>Primeiro Encontro: Conhecimento sobre TDAH</i>	174
5.1.2	<i>Segundo Encontro: Comportamento adequado e inadequado</i>	176
5.1.3	<i>Terceiro Encontro: Relacionamento afetivo e envolvimento</i>	181
5.1.4	<i>Quarto Encontro: Conhecimento sobre práticas educativas parentais</i>	183
5.1.5	<i>Quinto Encontro: Regras e Limites</i>	185
5.1.6	<i>Sexto Encontro: Autoconhecimento e práticas educativas positivas e negativas</i>	188
5.1.7	<i>Sétimo Encontro: Práticas educativas negativas versus consequências</i>	190
5.1.8	<i>Oitavo Encontro: Práticas educativas positivas versus consequências</i>	194

5.1.9	<i>Nono Encontro: Fechamento revisão e encerramento</i>	196
5.2	Apreciações e discussões dos levantamentos realizados na fase do <i>follow-up</i> com o grupo de pais.....	198
5.3	Apreciação do questionário de satisfação após o programa parental.....	203
5.4	Discussão Geral.....	207
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
	REFERÊNCIAS	215
	ANEXOS	233

INTRODUÇÃO

A interação entre pais e filhos constitui o relacionamento mais intenso na infância, pois representa o cerne do ambiente em que a criança está exposta, principalmente em seus primeiros anos de vida (Bernier, Carlson, Deschênes & Matte-Gagné, 2012). É no âmbito familiar que as crianças encontram subsídios para o seu desenvolvimento social, emocional e afetivo. As crianças são influenciadas pelo meio em que se desenvolvem, sendo a família como a primeira instituição social responsável pela efetivação dos seus direitos básicos e importante ponto de referência (Carneiro, 2010). As práticas educativas parentais podem facilitar ou prejudicar o desenvolvimento da criança, dentre os quais se destacam, segundo Gomide (2006), o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nos filhos, assim como os comportamentos antissociais. Os comportamentos pró-sociais, visam o estabelecimento de um monitoramento positivo por parte dos pais, favorecendo o alto rendimento escolar nos filhos e a diminuição dos problemas de comportamento, já os comportamentos antissociais envolvem uma educação autoritária, um monitoramento negativo e estressante, contribuindo para o aumento dos problemas de comportamento nos filhos e baixo rendimento escolar (Gomide, 2006).

Os aspectos relacionais tornam-se ainda mais importantes ao se tratar de famílias de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Crianças com TDAH resultam em sobrecarga parental, aumentando a probabilidade de os pais não adotarem práticas consistentes e serem hiper-reativos em suas práticas (explosões de raiva constantes) ou ainda, evitarem o contato com os filhos. Além dos sintomas do transtorno, outras variáveis podem comprometer a habilidade parental, como a presença de psicopatologia nos pais, o estresse e o conflito conjugal na educação do filho (Johnston & Jassy, 2007). Observa-se na literatura que pais de crianças com o TDAH encontram problemas em lidar com o comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo de seus filhos, que podem estar associados, entre outros, à falta de conhecimento sobre o transtorno, problemas emocionais do próprio cuidador ou até mesmo estilos parentais que interferem na qualidade da interação entre eles (Benczik & Casella, 2015; Paula et al., 2012; Rocha, 2009).

Considerando que o TDAH consiste em um problema de saúde pública, devido ao surgimento dos sintomas em idade precoce, a alta prevalência e o impacto direto no ambiente escolar, social e familiar (APA, 2014), é necessário o fortalecimento de políticas públicas que abarquem a família de crianças com transtorno, visando melhorar a qualidade de vida dessa população. Na área da saúde mental da infância e da adolescência, há uma carência no Brasil, de serviços especializados, que além de insuficientes, são desigualmente distribuídos,

dificultando o acesso pela comunidade (Paula et al., 2012). A implementação de um programa de intervenção com grupos de pais, baseado em evidências científicas, é de baixo custo e atinge um maior número de pessoas, com efeitos que muitas vezes o atendimento individual não abrange, pela própria natureza da intervenção. O grupo aparece como um espaço de discussão e de identificação. Além disso, as pessoas podem vivenciar experiências que transformam sua compreensão dos acontecimentos para ajudar na aquisição de atitudes e manejos adequados para enfrentar os problemas diários (Carreiro, et al., 2018).

O tema de estudo da presente tese de doutorado se assenta em um dos projetos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie-UPM, intitulado “Protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade”. O programa desenvolve outros estudos focados na avaliação e no manejo de problemas de comportamento de crianças e de adolescentes com síndromes genéticas, assim como intervenções parentais para redução de estresse, problemas de saúde mental dos pais/cuidadores e melhora de problemas de comportamento dos filhos. Destacam-se estudos com pessoas que apresentam TDAH, Síndrome de Williams-Beuren (SWB), Síndrome de Down e Síndrome de Prader-Willi (Carreiro, et al., 2018; Martin, 2016; Carreiro et al., 2014; Marino, 2015; Martin et al., 2014; Duarte, 2013; Mesquita, 2012; Martin, 2011; Teixeira et al., 2011; Teixeira et al., 2010).

Algumas pesquisas desenvolvidas dentro deste projeto de pesquisa, especialmente no trabalho de Marino (2015) e Teixeira, Marino e Carreiro (2015), demonstraram que padrões caracterizados por práticas negativas se associaram a maior frequência de problemas de comportamento e menos indicadores de funcionamento adaptativo, tanto nas crianças como nos cuidadores. Contrariamente, as práticas positivas se associaram a comportamentos adequados e a melhor funcionamento adaptativo da dupla cuidador-criança. Marino (2015) estabeleceu correlações significativas entre a ocorrência de práticas educativas parentais negativas e pior desempenho acadêmico, além da maior incidência de padrões comportamentais compatíveis com TDAH e pior desempenho acadêmico. O inverso também foi observado, práticas educativas parentais positivas estiveram associadas a melhores indicadores de habilidades sociais no ambiente escolar e melhor desempenho em testes que avaliaram atenção e funções executivas. Duarte (2013) evidenciou baixa percepção de suporte familiar em pais de crianças com TDAH em comparação com pais de crianças com SWB. O grupo de pais de crianças com TDAH apresentou prática educativa negativa, percepção deficitária acerca do suporte familiar e da qualidade de vida e no domínio das relações sociais, diferente do ocorrido com o grupo de

pais de crianças com SWB, uma vez que esse grupo contava com o apoio e suporte para essa população, o que não havia para os pais de crianças com TDAH.

Ao logo do percurso dos trabalhos já realizados no núcleo de pesquisa PPG-DD e desenvolvidos com população de crianças com queixa de TDAH, desde 2008, as crianças foram avaliadas e seus pais foram ouvidos e orientados. Eu tive a honra de acompanhar muitas dessas famílias em diferentes momentos, em processos avaliativos e de anamnese, por fazer parte do grupo de pesquisa conforme apresentado no trabalho de Carreiro et al. (2014). Nestas situações, foi possível observar grande preocupação dos pais/cuidadores em como manejar adequadamente o comportamento de seus filhos no âmbito social e no acadêmico. Outras questões analisadas, se refere as inquietações dos pais de como agir frente às dificuldades cotidianas. Muitos dos relatos dos pais mostraram possíveis sinais de ansiedade, de estresse, de tristeza, de angústia, de frustração e dificuldades em manejar às notas baixas, reprovação, retraimento social e comportamento impulsivo dos filhos.

Portanto, estes dados reforçam a importância de se considerar a família no tratamento de crianças com TDAH, bem como prevenir o agravamento dos sintomas dos pais e dos filhos. Com o desenvolvimento desta tese, será possível verificar mais claramente se esses indicadores possuem relações causais, uma vez que ao instaurar padrões de práticas parentais positivas (muitas vezes em substituição às negativas) torna-se possível observar se os perfis comportamentais e dificuldades cognitivas expressos por seus filhos nos ambientes acadêmico e familiar também se alteram.

O presente estudo tem como objetivo central desenvolver, implementar e avaliar os efeitos de um programa de intervenção parental de práticas educativas sobre as dificuldades emocionais dos pais e nos aspectos cognitivos e comportamentais de crianças com TDAH. Para relatar o estudo em questão, o presente quadro teórico foi estruturado em três capítulos abrangendo dez temas:

O Capítulo I “Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade/ Impulsividade-TDAH”. Abarca o transtorno de déficit de atenção hiperatividade/ Impulsividade e tem como propósito apresentar publicações nacionais e internacionais de pesquisas sobre os temas: TDAH: 1.1 Definição, caracterização sintomatológica, fatores de risco e comorbidades; 1.2 Perfil cognitivo e comportamental de crianças com TDAH; 1.3 Crianças com TDAH: Dificuldades emocionais e interações sociais na escola e no ambiente familiar e 1.4 TDAH: Avaliação, diagnóstico e tratamento.

O Capítulo II “Práticas Educativas Parentais”. Envolve as práticas educativas parentais e aborda assuntos sobre as práticas educativas positivas e negativas, saúde mental dos

pais/cuidadores e suas consequências no comportamento das crianças, por meio dos temas: 1.5 Cultura e Família ao longo do desenvolvimento do indivíduo; 1.6 Conceito de práticas educativas parentais e suas consequências; 1.6.1 Práticas educativas parentais ao longo da História; 1.6.2 Práticas educativas parentais e consequências para a criança típica e 1.7 Uso de práticas educativas parentais e consequências no comportamento da criança com TDAH e 1.8 TDAH: Práticas educativas parentais, estresse e ansiedade dos pais/cuidadores.

O **Capítulo III** “Programas de orientação a pais/cuidadores de crianças com TDAH”. Abrange tópicos sobre grupo de pais: Intervenção em práticas educativas parentais, com a finalidade apresentar dados para investigar intervenções educativas parentais. Orientação a pais e seus efeitos na educação das crianças, para isso os temas são: 1.9 O papel da psicoeducação na orientação aos pais/cuidadores de crianças com TDAH e 1.10 Programas de intervenção com grupo de pais.

O contexto desta investigação se insere na perspectiva de compreender o efeito das práticas educativas parentais sobre o comportamento da criança com TDAH, bem como apontam estratégias para minimizar os danos causados pelo transtorno.

1 QUADRO TEÓRICO

CAPÍTULO I. Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade/ Impulsividade-TDAH

O primeiro capítulo tem como propósito apresentar publicações nacionais e internacionais de pesquisas que retratam as características da criança com TDAH. As literaturas escolhidas apontam informações relevantes sobre a caracterização geral do TDAH e análise atualizada a respeito do transtorno. Os estudos sobre TDAH mostram caminhos para compreender a sua influência na vida familiar, no meio social e educacional, bem como apontam estratégias para minimizar os danos causados pelo transtorno.

1.1 TDAH: Definição, caracterização sintomatológica, fatores de risco e comorbidades.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade é um transtorno do neurodesenvolvimento que está relacionado a um conjunto de condições que geralmente se inicia antes da criança entrar na escola e são caracterizados por prejuízos diversos que comprometem as esferas ocupacionais, pessoais, sociais e acadêmicas. “Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas, até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência” (APA, 2014, p. 31). É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento, como por exemplo, uma criança com TDAH pode apresentar também um transtorno específico da aprendizagem (APA, 2014).

O TDAH consiste em um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência. Os levantamentos populacionais sugerem que o transtorno ocorre, na maioria das culturas, em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2014). Em um número considerável de dados, os sintomas se iniciam na infância e persistem na adolescência e na idade adulta (APA, 2014). Estima-se que a proporção do TDAH em meninos e meninas varia em estudos populacionais, cerca de 2:1 e clínicos 9:1 (Thapar & Cooper, 2016).

Com base no predomínio dos sintomas, (F90.2) “apresentação combinada” refere-se tanto ao critério de desatenção, quanto de hiperatividade-impulsividade, (F90.0) “apresentação predominantemente desatento” refere-se somente ao critério de desatenção e (F90.1) faz referência “apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva”. Estima-se que a manifestação concomitante dos comportamentos de desatenção e hiperatividade/impulsividade não é comum a todas as crianças diagnosticadas com o transtorno. Quanto à gravidade dos

sintomas do TDAH, deve se apresentar como leve (poucos sintomas) ou moderada (sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave”). Podem ocorrer também, outros Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado e Não especificados¹. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado se refere ao (F90.8)² e o Não Especificado (F90.9)³ (APA, 2014).

Nas literaturas, a revisão sistemática sobre prevalência dos subtipos realizada por Hora, Ramos, Pontes e Nobre (2015) constatou 23 artigos publicados no período de 2003 a 2014, com crianças e adolescentes entre 3 a 17 anos em diferentes áreas geográficas de quatro continentes (América, Ásia, Europa e África). Ao verificar os aspectos do TDAH, não encontraram diferenças significativas entre os três subtipos em cinco artigos (Sánchez, C., Ramos & Díaz, 2014; Sánchez, Velarde & Britton, 2011; Talaei, Mokhber, Abdollahian, Bordbar & Salari, 2010; Freire & Pondé, 2005; Vasconcelos et al., 2003). No entanto, em dois dos estudos investigados (Ndokuba et al., 2014; Amiri, Fakhari, Maheri & Mohammadpoor, 2010) identificaram maior frequência do predomínio da apresentação combinada.

O TDAH é um transtorno multifatorial e heterogêneo, com etiologia complexa, que inclui fatores genéticos e neurológicos, influências ambientais, sociais e culturais que podem estar presentes durante a gravidez ou ao logo do desenvolvimento da criança (Faraone & Biederman, 1998).

Embora não haja uma consistência em termos de um marcador biológico que justifique o diagnóstico de TDAH, alguns fatores (temperamentais, ambientais, genética e fisiológicos e modificadores do curso) de riscos foram apontados pelo DSM-5 para explicar a manifestação dos sintomas. Os fatores “temperamentais” apesar de não serem específicos do TDAH, estão associados a níveis menores de inibição, como controlar ou conter o comportamento e afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Já os fatores “ambientais” envolvem baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas), conferindo um risco de 2 a 3 vezes maior, assim

¹ Outros TDAH específico e TDAH Não específico: estas categorias se aplicam as apresentações em que os sintomas característicos ao TDAH causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. (APA, 2014).

² (F90.8) Outros TDAH específico “A categoria outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ESPECIFICADO é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para TDAH ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio do registro “outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado”, seguido pela razão específica” (p. ex., “com sintomas insuficientes de desatenção”) (APA, 2014, p.65).

³ (F90.9) TDAH Não específico: “A categoria transtorno de déficit de atenção/hiperatividade NÃO ESPECIFICADO é usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para TDAH ou para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico” (APA, 2014, p. 66).

como o tabagismo na gestação ou exposição ao álcool no útero, exposição a toxinas ambientais e neurotoxina (p. ex., chumbo) e infecções (p. ex., encefalite). Outros fatores também foram apresentados como risco, sendo eles, a “história de abuso infantil” e “negligência”. Mesmo que os fatores “genéticos e fisiológicos” sejam vistos em parentes biológicos de primeiro grau, assim como a herdabilidade do transtorno seja substancial e os genes específicos estejam correlacionados com o TDAH, estes não constituem fatores causais necessários ou suficientes para o diagnóstico. Quando se pensa sobre os “modificadores do curso” é importante observar que os padrões de interação familiar no início da infância possivelmente não causam TDAH, ainda que possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta (APA, 2014).

Estudos recentes apontaram os fatores perinatais (baixo peso ao nascer e prematuridade) como um possível fator de risco para o TDAH (Sucksdorff, et al., 2015; Pettersson et al., 2015; Lindström, Lindblad & Hjern, 2011; Heinonen et al., 2010). O estudo de Pettersson et al. (2015) investigou 21.775 gêmeos suecos para verificar se o peso das crianças estava relacionado aos sintomas de TDAH e se essas associações se mantiveram durante o crescimento das crianças. Os autores encontraram associação entre baixo peso ao nascer e sintomas do transtorno. Semelhante a esses resultados, Heinonen et al. (2010) acompanhou 828 crianças até os seus 56 meses e verificaram que as crianças nascidas antes das 37 semanas de gestação, não foram associadas a sintomas de TDAH, por outro lado, crianças nascidas com baixo peso, foram significativamente associadas a sintomas elevados do transtorno independentemente da idade gestacional.

Com os avanços da tecnologia foi possível, por meio da ressonância magnética, investigar tanto as estruturas do cérebro, quanto o funcionamento dessas estruturas. O envolvimento potencial das áreas comprometidas refere-se ao esplênio do corpo caloso, giro do cíngulo, núcleo caudado, cerebelo, estriado, córtex frontal e temporal (Pastura, Mattos, Gasparetto & Araújo, 2011). Alterações destas regiões cerebrais colaboram para comportamento referente a impulsividade, hiperatividade e síndromes neurocomportamentais, incluindo desordens da função executiva (Benzick, 2014; Arnsten, 2010). Esses achados vêm ao encontro de estudos iniciais sobre o mecanismo da manutenção da atenção. Luri (1981); Mesulam (1985) e Posner & Petersen (1990) verificaram interações bidirecionais entre o córtex pré-frontal, córtex parietal posterior, neostriado, sistema reticular ativador ascendente, giro do cíngulo, ínsula, amígdala e hipocampo. Essas regiões regulam os mecanismos de iniciação, sustentação e inibição das atividades motoras, do pensamento e controle intencional.

Além dos fatores de risco, a comorbidade também foi investigada. O DSM-5 estimou que aproximadamente 50% das crianças diagnosticadas com TDAH predominantemente desatenta e hiperativa/impulsiva, apresentam como comorbidade, o transtorno de oposição desafiante (TOD) e 25% o transtorno de conduta (TC). Além disso, levantou outros transtornos que ocorrem em uma minoria das pessoas com TDAH, incluindo o transtorno de ansiedade, transtorno depressivo e disruptivo da desregulação do humor, transtorno explosivo intermitente e transtorno específico da aprendizagem. Quando na fase adulta, os riscos se associam ao transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade, que também podem ser comórbidos com TDAH (APA, 2014).

No estudo de Jensen e Steinhausen (2015) verificou-se que 52,0% dos pacientes com TDAH apresentaram, pelo menos, um outro transtorno psiquiátrico e 26,2% duas ou mais comorbidades. Os transtornos comórbidos que mais apareceram foram; 16,5% para o transtorno de conduta, 15,4% transtornos específicos da aprendizagem e desenvolvimento motor, 12,4% transtornos do espectro do autismo e 7,9% deficiência intelectual.

Da mesma forma, Gul e Gurkan (2016) observaram numa amostra com 100 crianças diagnosticadas com TDAH, que 87% das crianças tiveram pelo menos um transtorno comórbido, sendo que 10% apresentaram o transtorno de humor, 26% transtornos de ansiedade, 53% transtorno desafiador opositivo e 6% transtorno de conduta.

Larson e colaboradores (2011) ressaltaram que as crianças com TDAH eram mais propensas a ter outras condições de saúde mental e outros problemas do neurodesenvolvimento, tais como: dificuldade de aprendizado 46% versus 5% de crianças sem TDAH, 27% versus 2% transtorno de conduta, 18% versus 2% de ansiedade e 14% versus 1% depressão. Pecerberam assim maiores chances de restrição de atividade, problemas escolares, repetência e baixa comunicação entre pais e filhos.

Os transtornos comórbidos devem ser cuidadosamente examinados, pois possuem um papel significativo no desempenho das Funções Executivas (FE) e, subsequentemente, no funcionamento em relação às demandas diárias (familiares e escolares) de crianças com TDAH (Ter-Stepanian et al., 2017; Bloemsmá et al., 2013).

Levando em consideração a caracterização, prevalência e comorbidade do TDAH, os déficits no desenvolvimento podem variar desde limitações muito específicas na aprendizagem, no controle de funções executivas e problemas emocionais e comportamentais (APA, 2014). Como visto, o TDAH é um transtorno multifatorial cujo diagnóstico deve ser preciso e exige múltiplas estratégias de avaliação pelos diferentes profissionais, sejam eles clínicos-pediátrico,

psicopedagogo, neuropsicólogo e psicólogo (Al-Ansari, 2013; Ondrejka et al., 2010; Ferrando-Lucas, 2006).

1.2 Perfil cognitivo e comportamental de crianças com TDAH.

De acordo com Silva et al. (2016), cada criança tem características próprias de sua faixa etária, resultantes do processo de maturação que ocorre de maneira global, visto que não se amadurece apenas fisicamente e biologicamente, mas a partir de todos os condicionantes sociais e psíquicos presentes. Para Siqueira e Gurgel-Giannetti (2011), a infância é um período crítico do desenvolvimento de habilidades e conhecimento, pois envolve tempo de maturação. À medida em que a criança amadurece, áreas e funções perceptivas e motoras se tornam mais ativas, neste momento adquirem competências cada vez mais complexas. Contudo, cabe aos profissionais de saúde e da educação estar capacitados para identificar as crianças de risco quanto as dificuldades em aprender para orientar os familiares e, se necessário, encaminhar para reabilitação multidisciplinar e buscar um diagnóstico etiológico.

Na história do TDAH, o modelo de déficit executivo de Barkley (1997) é o mais citado em pesquisas, o autor postula que o déficit central do transtorno está na inibição da resposta, ou seja, “inibição comportamental”, assim nomeado por ele. Barkley sugeriu que crianças com TDAH exibem déficits precoces em três tipos de controle inibitório: a) “interrupção de uma resposta contínua”, que segundo o autor refere-se à capacidade que uma pessoa tem de retardar uma resposta ou pausar uma resposta que já tenha sido iniciada; b) “controle de interferência”, faz referência a uma capacidade de permanecer focado e de não se distrair com estímulos competidores e c) “inibição de resposta prepotente”, indica a capacidade que uma pessoa tem de inibir uma resposta automática ou reforço imediato. A interrupção desses três tipos de controle inibitório, por sua vez, leva a problemas na execução de ações complexas e comportamentos direcionados para o objetivo, especificamente a problemas relacionados ao controle, fluência e sintaxe automática. Esses déficits seriam a base de outros quatro componentes executivos, sendo considerados como os mais complexos, tais como: a memória⁴ de trabalho, autorregulação⁵, internalização⁶ da fala e reconstituição⁷ (Pievsky, Robert & McGrath, 2017). As crianças com TDAH apresentam prejuízo de autorregulação, ou seja,

⁴ Memória de trabalho: Capacidade de manter a informação e manipulá-la posteriormente.

⁵ Autorregulação: Capacidade de controlar as emoções, motivação e excitação para alcançar objetivos.

⁶ Internalização da fala: Conversa interna que permite raciocinar e refletir de maneira complexa.

⁷ Reconstituição: Capacidade de análise e síntese de informações verbais e comportamentais, permite a compreensão e produção de linguagem e comportamentos cada vez mais complexos (Pievsky et al., 2017).

dificuldade na integração entre a emoção (o que sente) e a cognição (o que sabe, pode e deve fazer) comprometendo a capacidade de controlar o seu próprio comportamento (Florez, 2011).

Diversos outros estudos reforçam os achados de Barkley em que pessoas com TDAH apresentam dificuldades em sustentar a atenção em tarefas complexas, falta de flexibilidade cognitiva e ineficiência em processar rapidamente novas informações, desempenho prejudicado na atenção e nas funções executivas, tais como: a memória de trabalho, percepção, planejamento e organização, além de falhas para inibir comportamento motor (Sonuga-Barke, Bitsakou & Thompson, 2010; Gonzalez et al., 2008; Capovilla, Assef, & Cozza, 2007; Drecheler, Brandeis, Foldenyi, Imhof & Steinhausen, 2005; Klimkeit, Mattingley, Sheppard, Lee & Bradshaw, 2005; Nigg, 2005).

O TDAH é, portanto, um transtorno complexo que envolve déficits nas FE⁸, na regulação das emoções e habilidades sociais, o que requer um tratamento que sistematicamente atinja a manutenção desses fatores (Hannesdottir, Ingvarsdottir & Bjornsson, 2017).

De acordo com o DSM-5, os principais comportamentos que frequentemente são observados em crianças com TDAH estão relacionados a atividade motora excessiva, dificuldade com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade, irritabilidade, baixa tolerância à frustração e prejuízo escolar. O TDAH engloba um conjunto de sintomas referentes a desatenção, hiperatividade/impulsividade que se manifestam por meio de um padrão persistente e frequente ao longo da vida (APA-5, 2014).

Os déficits do TDAH característicos da “desatenção” não são constituídos pela falta de compreensão, mas por comportamentos relacionados a desorganização, inabilidade de permanecer em uma tarefa por muito tempo, não se concentrar, agir devagar em tarefas, perder materiais, parecer não escutar, apresentar falta de persistência e dificuldade de manter o foco por muito tempo (APA, 2014).

A “hiperatividade” implica em comportamentos relacionados a atividade motora excessiva, tal como inquietação, conversar em excesso, incapacidade de permanecer sentado e aguardar a sua vez (APA, 2014).

Quanto à “impulsividade”, refere-se a atos precipitados que ocorrem sem premeditação, como por exemplo, atravessar uma rua sem olhar, incapacidade de postergar a gratificação, interferir nas atividades de outros, tomada de decisões importantes sem considerar as consequências futura ou imediata (APA, 2014).

⁸ Funções Executivas-FE: Conjunto de capacidade cognitivas que regulam o comportamento em resposta às demandas de tarefas complexas, como por exemplo, planejamento, inibição, sequenciamento e monitoramento (Diamond & Ling, 2015; Diamond, 2013; Cardoso et al., 2017).

A criança com TDAH frequentemente procrastina uma atividade, apresenta alternância de tarefas, labilidade motivacional, dificuldade de focalizar e sustentar a atenção, dificuldade em organizar-se e priorizar atividades, lentidão no processamento de informações, dificuldade em tolerar frustrações e manejar sentimentos (Friaça, 2010). Para averiguar o perfil cognitivo de pessoas com TDAH, Pievsky et al. (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática, para tal pesquisa, encontraram 253 estudos nos quais compararam o desempenho neurocognitivo de pessoas com TDAH, com o desempenho de pessoas sem TDAH (grupo controle). A revisão sistemática visou determinar até que ponto as pessoas com TDAH diferenciavam-se cognitivamente do grupo controle. Das 253 medidas padronizadas foram extraídas 34 metanálises, sendo que 244 (96%) estudos foram conclusivos para melhor desempenho neurocognitivo no grupo controle. As evidências sugeriram que as pessoas com TDAH apresentaram mais déficits nos domínios neurocognitivos para a variabilidade do tempo de reação, realização de tarefas, vigilância, memória de trabalho e inibição da resposta.

Kang et al. (2016) tiveram como propósito avaliar a correlação entre os déficits cognitivo, mudança no movimento e atividade cerebral em 15 crianças com TDAH e 15 crianças sem TDAH (grupo controle), pareados por idade e sexo. Os resultados apontaram que as crianças com TDAH apresentaram um aumento na distância percorrida, diminuição da velocidade na tarefa, além de dificuldades na atenção e mudança de movimento (Kang, Han, Kim, Bae & Renshaw, 2016).

Pereira, Santos e Feitosa (2013) investigaram sinais comportamentais do TDAH e do Transtorno do Processamento Auditivo (TPA), fizeram parte desta investigação 42 profissionais das áreas da Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia e Pedagogia, que realizaram os diagnósticos e intervenções pertinentes aos transtornos TDAH e TPA na população brasileira. Constatou-se que os comportamentos mais apontados pelos profissionais referentes aos pacientes hiperativos/impulsivos, foram: apressado ou impulsivo, irrequieto, muda de um trabalho incompleto para outro, pouco autocontrole, dificuldade em brincar silenciosamente, falta de persistência, intrometido e interrompe o outro. Já para pacientes com desatenção verificou-se distração, desorganização e com dificuldades acadêmicas. Com relação ao TPA, constataram déficit na atenção auditiva dividida, seletiva e sustentada, assim como, dificuldade de ouvir em ambiente ruidoso, seguir instruções orais, discriminar fala, associação auditiva ruim e taxa reduzida em processar informação auditiva.

Pode-se concluir, com base nos estudos apresentados, que a criança com TDAH frequentemente passa por dificuldades, seja no meio social, escolar ou familiar, que podem gerar sentimento de baixa autoestima, frustração e insegurança, além de uma percepção errônea

de suas capacidades, baixo desempenho escolar e sentimento de desamparo. Saber o que se passa com a criança pode ser um caminho para ajudá-la a enfrentar suas dificuldades.

1.3 Crianças com TDAH: Dificuldades emocionais e de interações sociais na escola e no ambiente familiar.

A instabilidade emocional é uma característica comum nas pessoas com TDAH, sendo muitas vezes uma queixa recorrente apresentada pela família (Asherson, 2016). Taanila, Hurtig, Miettunen, Ebeling e Moilonen (2009) encontraram ocorrência de conflitos familiares em um grupo de adolescentes com TDAH, baixo rendimento acadêmico, repetência escolar, insatisfação na interação social com seus pares e familiares, problemas de conduta, tendo a saúde emocional prejudicada e competência social menor do que os colegas sem o TDAH (Taanila et al., 2009). Embora, na maioria das vezes, as crianças mais novas tendem a não conseguir relatar precisamente o que sentem, verifica-se nas avaliações e nos relatos dos pais e dos professores apontamentos sobre os problemas de comportamento externalizantes e internalizante, associados a um pior desempenho adaptativo e qualidade de vida (Carregal & Moreira, 2011).

De modo similar, Bloemsma et al. (2013) destacam a importância de incluir avaliações de ansiedade em crianças com TDAH na prática clínica e de pesquisa, bem como, utilizar múltiplos informantes, com relatos de pais e professores. O estudo avaliou o efeito da ansiedade como comorbidade numa amostra composta por 509 crianças e jovens na faixa etária entre 5 a 19 anos, incluindo 238 participantes diagnosticados com TDAH (subtipo combinado) e 271 participantes sem TDAH (controle). As crianças foram avaliadas em uma ampla bateria de tarefas neurocognitivas que se mostraram altamente sensíveis ao TDAH. Os resultados apontaram que a ansiedade relatada pelas crianças prejudicava o movimento motor (resposta mais lenta) e inibição comportamental (dificuldade de inibir uma resposta automática). Conforme o relato da professora, a ansiedade da criança estava associada a pior desempenho no tempo estipulado para a resposta. Quanto avaliação dos pais, esses relataram que a ansiedade de seus filhos, não foi significativamente associada a nenhuma das funções neurocognitivas pesquisadas.

Ainda com relação à ansiedade, as crianças com TDAH podem apresentar dificuldades quando se deparam com tarefas desafiadoras, conforme ressaltado no trabalho de Ter-Stepanian et al. (2017), que teve como objetivo examinar a relação entre função executiva (FE) e comorbidades (ansiedade, TOD e TC) em crianças diagnosticadas de TDAH. Os resultados

indicaram que as crianças com ansiedade tiveram pior desempenho no teste CPT. Verificou-se que quando as exigências do ambiente aumentavam, as crianças com TDAH apresentaram mais dificuldades em se adaptar às mudanças e como resultado, diminuam suas respostas às demandas estabelecidas.

O estudo de Normand et al. (2017) teve como objetivo identificar comportamento e situações associadas a envolvimento negativo, como violações de regras, divergências sobre a escolha de jogos e sentimento na interação sociais de crianças com e sem TDAH. Participaram do estudo 87 crianças com TDAH (67 meninos e 20 meninas) e 46 crianças do grupo controle (34 meninos e 12 meninas). Os resultados apontaram, que as crianças do grupo controle expressaram mais frustração em relação às suas próprias capacidades, enquanto as crianças com TDAH expressaram com mais frequência sobre a incapacidade de seus colegas nos jogos.

As crianças diagnosticadas com TDAH que tem o transtorno de aprendizagem como comorbidade, vivenciam mais dificuldades no convívio social, ou seja, em suas relações com seus pares, professores e pais (Al-Yagon, 2016). Segundo Marton, Wiener, Rogers, Moore e Tannock (2011) os prejuízos na interação social, empatia e comunicação social, foram também observados em crianças com TDAH quando comparadas a outras crianças sem o transtorno.

Em relação a dificuldades escolares de crianças com TDAH, os subtipos predominantemente desatento e combinado apresentam maiores comprometimentos (Siqueira & Gurgel-Giannetti, 2011; Barkley & Murphy, 2008). Evidencia-se que a ocorrência de crianças com apresentação predominantemente desatenta expõe pior desempenho acadêmico, principalmente em matemática, além da dificuldade de leitura (Pastura, Mattos & Araújo, 2005) e dificuldades nas tarefas consideradas mais complexas como, manipular sílabas e fonemas, leitura de palavras irregulares que exigem retenção, análise e recuperação de informação (Cunha, Silva, Lourencetti, Padula & Capellini, 2013).

Na revisão da literatura realizada por Siqueira e GurGel-Giannetti (2011), associa-se o TDAH a um pior desempenho escolar como, tempo menor de estudo, lições incompletas, necessidade de reforço, repetências e expulsões. Os prejuízos mais encontrados referem-se à necessidade de monitoramento acadêmico, frequentar programas de educação especial, apresentar histórico de repetência, suspensão escolar, esquivar ou não concluir as tarefas (Barkley & Murphy, 2008; Pastura et al., 2005).

De acordo com Maia e Confortin (2015), a criança com TDAH é confundida com o aluno que possui mal comportamento, que resiste às orientações do professor, que fica inquieto ou agitado e/ou ansioso em sala de aula. Geralmente o aluno que ainda não foi diagnosticado apresenta dificuldade de se concentrar, é alvo de julgamentos e apresenta problemas de

comportamento em sala de aula, isso atrasa seu desenvolvimento escolar se comparado aos colegas, pois aumenta o índice de repetência, o baixo rendimento escolar, a evasão escolar, baixa autoestima, além de dificuldades emocionais e sociais.

Com relação aos prejuízos das crianças com TDAH no âmbito familiar, a revisão da literatura de Benczik e Casella (2015) elucidou o estudo de Bromberg e Valiati (2009) sobre os efeitos do TDAH e o quanto interferem na estrutura familiar, na dinâmica e no comportamento dos pais e das crianças. Os autores analisaram a qualidade dessa relação em 15 famílias de crianças com diagnóstico de TDAH. Os dados apontaram que a maioria dos pais possuíam um bom conhecimento sobre o quadro de TDAH dos filhos. Os problemas expostos foram relacionados a aprendizagem (59,34%), relacionamento social (69,23%), cansaço (7,6%), irritação com a criança (53,84%) e sentimento de culpa pelos problemas apresentados (15,38%). Alguns pais evidenciaram as situações decorrentes do TDAH como uma influência negativa para a harmonia do casal (15,38%), que os irmãos das crianças com TDAH se irritam com eles (46,15%) e os outros familiares não gostam da convivência com a criança hiperativa (23,07%). Somente (7,06%) responsabilizaram o filho pela desorganização da casa. Apesar das dificuldades, (84,61%) dos pais asseguraram ter prazer em passear com os filhos, enquanto (15,38%) preferem não sair de casa devido aos incômodos que a criança provoca em outros ambientes. Dentre os pais avaliados, (30,76%) gostariam que o filho fosse diferente e (61,53%) apresentaram maior preocupação com as consequências que o comportamento e os problemas de aprendizagem podem trazer para o futuro dos filhos.

Observa-se na literatura que os prejuízos recorrentes aos sintomas do TDAH, podem contribuir para um pior desempenho adaptativo e na qualidade de vida da criança e de seus pais/cuidadores. O diagnóstico torna-se, portanto, um ponto de investigação para averiguar os problemas de comportamento e problemas emocionais, assim como o perfil cognitivo que podem estar prejudicando no desenvolvimento adequado em diferentes contextos.

1.4 TDAH: Avaliação, diagnóstico e tratamento.

Como visto, o TDAH faz parte dos transtornos do neurodesenvolvimento como um grupo de condições que se manifestam precocemente durante o período do desenvolvimento da criança (APA, 2014). Os sintomas de TDAH incluem elementos ligados aos déficits de autorregulação cognitiva (desatenção) e comportamental (hiperatividade/impulsividade), com isso, as crianças apresentam dificuldade em regular suas emoções e inibir uma resposta em função da demanda do ambiente (Biederman et al., 2012; Friedman et al., 2003; Barkley, 1997).

O diagnóstico é realizado predominantemente por meio de uma cuidadosa investigação clínica da história desde o nascimento ao momento atual do paciente. Deve envolver, também, os parâmetros clínicos do DSM-5, essa deve incluir entrevistas com o paciente, pais/cuidadores e professores, para investigar o histórico médico, os aspectos psicossociais e familiar, as comorbidades psiquiátricas e o funcionamento da criança e do adolescente na escola e em casa (APA, 2014). O diagnóstico do TDAH é baseado em um número suficiente de sintomas que causam prejuízos e problemas na vida pessoal, acadêmica e profissional da pessoa, assim como, abrange uma investigação do perfil cognitivo e comportamental para estabelecer um plano de tratamento mais abrangente e adequado às necessidades específicas de cada paciente (Wagner, Rohde & Trentini, 2016).

Os sintomas do TDAH não podem ser apenas a manifestação de comportamento opositor, desafiador, de hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Abaixo serão apresentados alguns dos critérios para o diagnóstico clínico do TDAH (APA, 2014):

➤ Critério A. um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento conforme caracterizados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Apresenta os nove sintomas referentes a desatenção de acordo com os critérios de avaliação para o TDAH.

DESATENÇÃO

Seis (ou mais) dos sintomas apresentados abaixo persistirem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento da crianças, ter impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas (APA, 2014, p. 59).

-
- 1) frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades;
 - 2) frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
 - 3) frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;
 - 4) frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres;
 - 5) frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
 - 6) frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado;
 - 7) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;
 - 8) frequentemente é facilmente distraído por estímulos externos;
 - 9) frequentemente é esquecido em relação a atividades cotidianas.

Fonte: APA (2014).

Tabela 2

Apresenta os nove sintomas referentes a hiperatividade/impulsividade de acordo com os critérios de avaliação para o TDAH.

HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos sintomas apresentados abaixo persistirem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e ter impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas (APA, 2014, p. 60).

- 1) frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira;
 - 2) frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
 - 3) frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;
 - 4) frequentemente é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;
 - 5) frequentemente “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”;
 - 6) frequentemente fala demais;
 - 7) frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
 - 8) frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez;
 - 9) frequentemente interrompe ou se intromete.
-

Fonte: APA (2014).

- Critério B: requer a identificação dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade antes dos 12 anos de idade;
- Critério C: os sintomas do TDAH persistirem em mais de um contexto, como na escola, no ambiente familiar e/ou sociais;
- Critério D: comprometimento específico de seu funcionamento que interferem sua qualidade na interação social, profissional ou acadêmica ou que reduzem a sua qualidade.
- Critério E: os sintomas não ocorrerem exclusivamente durante o curso de outros quadros psicóticos ou esquizofrênicos, e não serem ao mesmo tempo explicados por outros transtornos mentais (APA, 2014).

A avaliação psicológica ou neuropsicológica infantil, utiliza instrumentos para uma ampla investigação dos déficits cognitivos, atencionais e problemas de comportamento. Essa investigação envolve o inquérito com múltiplos informantes (pais/cuidadores e professores), que contribuem para a compreensão do padrão de funcionamento comportamental da criança e do adolescente em diferentes situações e ambientes (Ribeiro et al., 2017).

A avaliação psicológica ou neuropsicológica abrange duas etapas importantes: A primeira etapa envolve uma entrevista com o pai/cuidador e inicia-se com anamnese, na qual se investiga o motivo da busca, as queixas principais e a história evolutiva do quadro. Para a investigação dos problemas comportamentais essa averiguação abarca outros informantes,

como o professor, pai/cuidador e o próprio paciente. A segunda etapa inclui aplicação de testes de investigação cognitiva, atencional, funções executivas e aprendizagem. Os testes mais usados para a avaliação do TDAH incluem instrumentos como: Escala de Inteligência Wechsler (WISC IV) e WAIS III, Testes de Grafomotores, Bender; Figura complexa de Rey, Teste da figura humana, Testes neuropsicológicos para o TDAH, Continuous Performance Test (CPT), Stroop Test, Wisconsin card Sorting Test (WCST), entre outros (Kaefer, 2008). Nesta etapa leva-se em consideração para a escolha do material, a validação dos instrumentos, a demanda da criança e/ou adolescente e a experiência do profissional para as escolhas dos materiais.

Ao delinear uma avaliação na qual usará instrumentos psicológicos, o profissional deverá atentar-se à idade de indicação do teste, o contexto para o qual o instrumento foi formulado e suas propriedades psicométricas (Reppold, Serafini, Ramires & Gurgel, 2017). A terceira etapa envolve uma devolutiva para o pai/cuidador e a entrega de um relatório contendo as informações fornecidas pelos múltiplos informantes (avaliação comportamental), assim como, dos resultados apontados pelos instrumentos sobre o desempenho da criança ou do adolescente.

Portanto, a avaliação psicológica envolve um processo científico com fundamentação teórica e metodológica (Alchieri & Cruz, 2014). O estudo de Carreiro et al. (2014) apresenta um protocolo interdisciplinar desenvolvido para a investigação de sinais de desatenção e hiperatividade e perfil cognitivo em crianças e adolescentes com queixa de TDAH sob os aspectos comportamentais, neuropsicológicos e clínicos. Além da avaliação clínico-neurológica, é realizada uma avaliação comportamental e neuropsicológica. Dentre os instrumentos comumente usados para avaliação comportamental, estão: a Anamnese (entrevista de investigação), o CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18, Questionário de investigação do TDAH e Registro de observação de comportamentos de desatenção e hiperatividade, ambos baseados no DSM-5. Para a avaliação neuropsicológica: Escala de Inteligência Wechsler para o levantamento do QI (Quociente de Inteligência), Testes computadorizados de atenção (CPT), Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, Teste de Atenção por Cancelamento (TAC) e Teste de Trilhas. Os testes mencionados pelo protocolo de Carreiro et al. (2014) em conjunto com outros instrumentos e uma equipe interdisciplinar, fornecem dados acerca das funções prejudicadas e das preservadas também, favorecendo previamente uma ação para a intervenção comportamental e cognitiva.

No momento em que o diagnóstico é concluído, faz-se necessário que proponha uma intervenção multidisciplinar, ou seja, o acompanhamento deve envolver não somente a pessoa com TDAH, mas a família e a escola. É importante que envolva uma abordagem psicossocial e

dependendo do grau de apresentação dos sintomas, um acompanhamento psicofarmacológico também (Thapar & Cooper, 2016; Missawa & Rossetti, 2014). Considera-se importante para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes, a orientação sobre o transtorno e comorbidades associadas tanto para o paciente, quanto para o seu cuidador.

A intervenção ajuda a criança a desenvolver novos repertórios e auxilia nas relações interpessoais (Sena & Diniz Neto, 2007). A terapia individual para crianças com TDAH é voltada para o tratamento dos sintomas, da baixa autoestima, ansiedade, agressividade, problemas de comportamento e para desenvolver novas habilidades, seja no âmbito social, cognitivo e/ou comportamental (Coes, 1999). A criança no processo de intervenção consegue identificar as habilidades adquiridas, descreve alternativas comportamentais e interpreta novos papéis. No entanto, em sua vida cotidiana, as vezes elas esquecem de usar o que aprenderam (Rocha, 2009; Phelan, 2005). Os pais são, comumente, o principal agente de mudança no processo terapêutico de seus filhos, atuam como mediadores entre a orientação profissional e a implementação de contingências adequadas em seus ambientes cotidianos (Frassetto & Bakos, 2010). O tempo que os pais/cuidadores e crianças passam juntos é maior que o tempo da criança em tratamento terapêutico. As crianças aprendem por modelação e tendem a imitar os comportamentos dos adultos, por sua vez, os pais/cuidadores devem aprender a orientar e reforçar os comportamentos adequados das crianças. Além disso, os pais precisam encontrar maneiras para estimular os esforços e as interações sociais positivas de seus filhos (Phelan, 2005). A família com habilidades educativas positivas oferece um ambiente favorável, em que provavelmente a criança desenvolverá repertório de habilidade social adequada à demanda exigida socialmente (Del Prette & Del Prette, 1999/2002). Por outro lado, estima-se que o estilo parental negativo leva uma resposta pobre ao tratamento terapêutico em crianças com TDAH (Hannesdottir et al., 2017).

O envolvimento dos pais pode ser especialmente importante tanto para avaliação, como para a manutenção do acompanhamento terapêutico da criança e do adolescente com TDAH. Como visto, os estudos apontam a importância do manejo adequado por parte dos pais/cuidadores para a avaliação e manutenção do tratamento.

CAPÍTULO II. Práticas Educativas Parentais

O segundo capítulo envolve temas sobre a cultura, a família e as práticas educativas parentais. Serão apresentados os pressupostos teóricos e abordagens metodológicas a respeito da família e cultura, das práticas educativas positivas e das negativas, saúde mental dos pais e suas consequências no comportamento das crianças com TDAH, trazendo como ilustração pesquisas condizentes ao assunto.

1.5 Cultura e Família ao longo do desenvolvimento do indivíduo

Em 1871, Tylor definiu a cultura como sendo “todo comportamento aprendido, tudo aquilo que independe de uma transmissão genética” (Laraia,1993, p.28). Isso porque, o ser humano é o resultado do meio cultural em que foi socializado, ele herda e acumula o conhecimento e a experiência adquirida pelas gerações que o antecederam (Ratti, Pereira & Centa, 2005; Laraia,1993). Para Erik Erikson, a educação oferecida por uma cultura pode gerar estranhamento em outra sociedade, o que para algumas culturas é fator de formação de seres humanos, para outras, transformam crianças em seres brutos. O autor é enfático, em explicar que não se pode curar nem educar uma criança, sem utilizar uma ideologia ou filosofia (Carpigiani, Araújo, Nehme, Ferraz & Lopes, 2014).

O livro “Relatividade Cultural: A Teoria de Erick H. Erikson”, suscita uma compreensão da influência da cultura no desenvolvimento psicológico do indivíduo. Para Erikson, a divergência cultural em si não é um problema, posto que, cada indivíduo carece de ser capacitado para conviver com o diferente.

O desafio está justamente em possibilitar uma troca entre culturas, o que implica em relativizar o saber de cada uma delas e as opor de maneira que algo novo se produza a partir daí. Quando não há esse embate, estabelece-se a crise não apenas naquele grupo de pessoas, mas também impacta os indivíduos que são formados nela (Carpigiani & Lopes, 2019, p. 61).

Nesta perspectiva, a interação entre o indivíduo e o outro é a base para a percepção das diferenças e dos valores que promovem o reconhecimento e afirmação da identidade (Simões, Rodrigues, Esgalhado & Guimarães, 2008). A família é uma instituição mediadora entre o indivíduo e a sociedade, submetida às condições sócioeconômicas, culturais e demográficas (Teruya, 2000). A família descobre novas configurações de estruturar-se ao longo do tempo (Gomes & Pereira, 2005) e se adapta aos movimentos históricos e transmite sua cultura nas relações (Melo, 2000), por meio de valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde e doença, no qual desenvolve uma dinâmica de funcionamento,

promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros (Ratti, Pereira & Centa, 2005; Simionato & Oliveira, 2003).

Erikson, amparado pela teoria e preponderância do papel da cultura e do Ego no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, alega que:

...cada idade que vai se construindo na conjunção entre as demandas intrapsíquicas e os norteadores da realidade cultural corresponde a um tipo particular de conflito, toda a experimentação do estágio oral-respiratório e sensorial desenvolve na criança uma confiança social básica – ou seja, o bebê vai sentindo segurança de que o mundo externo irá cuidar para que suas necessidades vitais sejam atendidas e também vai experimentando a confiança de que seu corpo é capaz de enfrentar a urgência prazerosa ou mortificante que as necessidades impõem. Assim Erikson vai pensando as idades do desenvolvimento, apoiado e aprofundando o conceito e o Diagrama do Princípio Epigenético. Ao estudar as características das idades, foi ficando cada vez mais claro para ele o papel do que denominou forças psicossociais na sustentação e construção da identidade. Essas forças são: esperança, vontade, propósito, competência, fidelidade, amor, cuidado e sabedoria, que nada são além de qualidades do ego que desabrocham durante a vida infantil, adolescência, vida adulta e velhice (Carpigiani & Lopes, 2019, p. 106-107).

A seguir serão expostas as etapas dos estágios do desenvolvimento, suas complexidades e os conflitos relacionados as idades da primeira infância, envolvendo idade entre um ano e meio a 18 anos:

➤ A “primeira idade e o desenvolvimento da confiança”, abrangem conflitos entre “confiança básica versus desconfiança básica” por volta de um ano e meio, neste momento, a mãe assume então para si o papel de primeira representante da cultura, ela apresenta diferentes rituais, como por exemplo, amamentar nos horários e quantidades reconhecidas como bons para o seu bebê, proteger a criança do frio, do calor, do desequilíbrio, oferecer o contato entre eles e cuidado da higiene pessoal. Estas rotinas favorecem a modalidade incorporativa, que vai se configurando como o primeiro movimento inconsciente na direção da saúde psíquica do indivíduo (Carpigiani & Lopes, 2019).

➤ A “segunda idade e o desenvolvimento da autonomia” envolvem conflitos sobre a autonomia versus vergonha e dúvida, com idade entre um ano e meio a três anos. Agora o bebê aprende a confiar na sua mãe e no mundo, ele começa a ter vontade própria e arriscar-se discriminando aquilo que necessita e quer daquilo que recebe. Os pais amparados por suas convicções, serão essenciais ao oferecerem suporte afetivo a criança desta idade que no exercício de sua autonomia e na experimentação das consequências, vai conseguindo fazer as coisas por si mesma. Neste momento, cada cultura apresentará um padrão para estimular ou desestimular o despontar da autonomia. O cuidador saudável terá o papel essencial de mostrar

sentido em cada manifestação de autonomia da criança e de firmeza, protegerá dos desejos confusos de experimentar e da dúvida em relação à sua própria capacidade de acertar e de ser compreendida. (Carpigiani e Lopes, 2019).

➤ A “terceira idade e o desenvolvimento da iniciativa” inclui conflitos entre iniciativa versus culpa, com idade entre três a seis anos. Nesta fase, as crianças estão vivenciando o processo de integração, entre o seu corpo em descoberta e o ego em desenvolvimento. A sequência epigenética nesse período do desenvolvimento, se refere a etapa infantil-genital e locomotora que abarca a criança no conflito entre iniciativa e culpa. A criança começa a pensar em si e se projeta para o futuro de alguma maneira, “usa a sua inteligência em rápido desenvolvimento na direção do pensamento concreto, o que permitirá a ela fortalecer o potencial de organização das suas ações”. No final desta idade a criança carecerá de ter alcançado um sentimento de iniciativa, que implica a consciência sobre aquilo que ela pode fazer agora e do que será capaz de fazer mais tarde. Agora, a criança já está mais consciente das suas ações e pensamentos, conseqüentemente as condições de se auto-observar, auto-orientar e autopunir intimamente também se desenvolveram (Carpigiani & Lopes, 2019, p.115).

... caso as ações tentadas por iniciativa da criança não derem certo, ou por impedimentos externos ou pela própria imaturidade para realizá-los ou então quando a energia a ser investida tenha que ser contida de maneira abrupta, sentimentos de ansiedade, culpa, raiva e inveja poderão surgir fortemente e serem dirigidas às pessoas ou situações que impediram a realização das ações que haviam sido planejadas (Carpigiani e Lopes, 2019, p. 116-117).

Carpigiani e Lopes (2019) ressaltam que a educação, a informação sobre história de vida das crianças e de suas famílias, do passado vivido por seus avós e pais, suscita um saudável sentimento de pertença, de companheirismo, de relações adequadas no núcleo familiar, nesta relação, o sentimento de culpa vai se integrando à consciência em conjunto com a internalização das normas culturais.

➤ A “quarta idade e o prazer da produtividade” está relacionado a produtividade versus a inferioridade, com idade dos sete a doze anos. Esse período a criança já tem consciência de que é capaz de fazer as coisas e bem, ao se perceber desta forma, desenvolve um sentimento de domínio, capacidade de produzir e de ser bem-sucedida nas tarefas que a cultura lhe propõe. Contudo, a criança também desenvolve sentimento em relação à percepção de que nem sempre consegue fazer todas as coisas, com a mesma desenvoltura que os colegas de sua idade podem fazê-las melhor. Nesta ocasião, ao se denunciar malsucedida, podem surgir sentimentos de inadequação e de inferioridade.

Os grandes problemas que podem surgir nesta idade e que podem interferir muito profundamente na construção da identidade poderão suscitar da experiência no ambiente da educação formal, contato com professores e muitas outras novas pessoas que exigirão capacidade de competir, de ser curioso, de se distanciar do grupo familiar primevo e de se lançar, são exigências que poderão ser vividas como fracasso e desenvolver uma postura acomodada, que esconde frustração e ódio (Carpigiani & Lopes, 2019, p. 122).

Entende-se que os primeiros anos da escola formal das crianças, para Erikson, são marcantes na vida, mas se a confiança, a autonomia e a iniciativa forem bem equilibradas, o alicerce para suportar este período garantirá seu crescimento. Portanto, “a sutileza entre o prazer na produtividade e a inadequação que provoca a inferioridade atua sobre a criança e sobre a sociedade.” A criança vai se integrando e assimilando o ethos tecnológico que lhe é passado na medida que o sentimento de competência é valorizado dentro da cultura que está inserida (Carpigiani & Lopes, 2019, p.122).

➤ “A quinta idade e adolescência” envolvem conflitos entre identidade versus confusão de papéis, por volta dos 12 até 18 anos. Nesta fase, Erikson elucida a importância do adolescente realizar pequenas tarefas, respondendo a desafios que a inserem no campo dos afazeres próprios da cultura onde está inserido (Carpigiani & Lopes, 2019).

Uma queixa recorrente de pais de adolescentes é a de que seus filhos não arrumam suas camas ou coisas e, por outro lado, adolescentes relatam que nunca foram incentivados a realizá-las anteriormente, quando crianças, o que mostra a Erikson que, no período anterior, a criança já pode ser inserida como importante para o exercício prático de atividades, o que irá permitir a ela vivenciar os fracassos de tentativas e assim se fortalecer na crise própria do período e se exercitar nas tarefas que fazem parte do cotidiano de sua cultura (Carpigiani & Lopes, 2019, p. 159).

Para Erikson, cada idade se constrói na conjunção entre as demandas intrapsíquicas e os norteadores da realidade cultural correspondente a um tipo particular de conflito. O que interessa em todos os estágios do desenvolvimento é a maneira como as estimulações recebidas pelos órgãos sensoriais e que geram as sensações serão vivenciadas por ele. Neste processo, Erikson delineou o conceito de modalidade, ao invés de instintos dentro da teoria epigenética, para mostrar em que momentos a pessoa deve passar por cada etapa (Carpigiani & Lopes, 2019).

Como visto, o ambiente familiar é o lugar privilegiado para a promoção da educação infantil, ainda que a escola, os clubes, os colegas, a televisão e internet exerçam influência na formação da criança e do adolescente, os valores éticos, morais e os padrões de conduta são adquiridas por meio do convívio da família. Quando os pais deixam de transmitir estes valores

para os filhos, os demais veículos formativos ocupam esse papel que muitas vezes, passa a ser o principal modelo na formação dos valores da criança (Gomide, 2014).

1.6 Conceito de práticas educativas parentais e suas consequências

1.6.1 *Práticas educativas parentais ao longo da história*

Nos últimos anos, observa-se um aumento de pesquisas sobre os estilos parentais e práticas educativas. Esses estudos demonstram que o estilo parental apresenta expressiva influência em diversas áreas do desenvolvimento psicossocial das crianças e dos adolescentes (Ribeiro, 2017).

Na história dos estilos parentais, Diana Baumrind (1966) foi quem impulsionou as pesquisas sobre o assunto e foi também, quem integrou os aspectos comportamentais aos afetivos na relação pais e filhos. Ela definiu estilos parentais como a autoridade que os pais exercem sobre os filhos, atribuindo no termo o conceito “controle” a expressão de crenças e valores parentais. A autora propôs a tipologia dos estilos parentais, constituído por três tipos de controle (estilo autoritativo, estilo autoritário e estilo permissivo) que os pais exercem sobre os seus filhos. Mais tarde MacCoby e Martin (1983) desmembraram o estilo permissivo em dois, incluindo duas práticas educativas, o “estilo indulgente” e “estilo negligente”. Ainda os mesmos autores reorganizaram o modelo de Baumrind propondo duas dimensões: exigência/controle (*demandingness*) e responsividade⁹ (*responsiveness*), de tal modo, que as características de cada estilo parental puderam ser sistematizadas. A primeira dimensão “exigência/controle” é caracterizada por pais autoritários, com padrões de exigência e expectativas que eles atribuem aos comportamentos de seus filhos, buscam controlar o comportamento deles, impondo-lhes limites e o estabelecimento de regras rígidas. A segunda dimensão “responsividade” parental, envolve o quão receptivo, compreensivo, afetivo e recíproco os pais se mostram em relação às atitudes de seus filhos, visam, por meio do apoio emocional e da comunicação, favorecer o desenvolvimento da autonomia e da autoafirmação (Costa, Teixeira & Gomes, 2000).

Os estilos parentais autoritativo (nível alto, tanto de exigência, quanto de responsividade), autoritário (nível alto de exigência e baixo de responsividade) e permissivo, que foi desmembrado em dois estilos; indulgente (nível alto de responsividade e baixo de exigência) e negligente (níveis baixos de exigência e responsividade), são os mais investigados

⁹ Responsividade parental, diz respeito à sincronicidade entre o comportamento de filhos e de pais, devendo os pais serem habilidosos para atender às necessidades e às particularidades dos seus filhos (Darling & Steinberg, 1993). Ou seja, o quão receptivo os pais se mostram para responder adequadamente a demanda dos filhos.

na literatura das práticas parentais (Teixeira, Bardagi & Gomes, 2004). Os pais indulgentes são responsivos e não exigentes, já os pais autoritativos são exigentes e responsivos, ou seja, há uma reciprocidade e neste contexto, os filhos geralmente respondem às exigências dos pais, pois os pais também aceitam o quanto possível os pontos de vista e as exigências dos filhos. Quanto aos pais negligentes, estes não são exigentes e nem responsivos, tendem a orientar-se pela esquivas das dificuldades, o que os faz responder a pedidos imediatos das crianças apenas para livrar-se dos problemas (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Maccoby & Martin, 1983).

Os estilos parentais também foram investigados por Darling e Steinberg (1993) mediante uma revisão histórica, abarcando críticas e mudanças sobre o conceito e a relação entre os estilos parentais e as práticas educativas parentais. Segundo os autores, os estilos parentais envolvem pais que influenciam seus filhos por meio de suas práticas de acordo com suas crenças e seus valores, indo além da combinação entre exigência e responsividade. Adicionalmente, o estilo parental é um conjunto de atitudes dos pais que criam um clima emocional em que expressam os seus comportamentos, tais como tom de voz, linguagem corporal, descuido, mudança de humor, entre outros. Reppold, Pacheco Bardagi e Hutz (2002) definiu o estilo parental como sendo um conjunto das práticas educativas parentais ou atitudes parentais usadas pelos pais/cuidadores com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos. Para Weber et al. (2004) as práticas educativas são as estratégias específicas usadas pelos pais/cuidadores em diferentes contextos. Nesta conjuntura, segundo Macarini, Martins, Minetto & Vieira (2010) os pais atuam conforme suas crenças, ideias, valores parentais e metas de socialização. As práticas parentais são nomeadas de maneiras distintas, como por exemplo: práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais. A prática educativa é permeada pela necessidade de cuidar, educar e promover o desenvolvimento dos filhos, resultando em um conjunto característico de comportamentos emitidos pelos pais. Além disso, o termo pode ser encontrado na literatura como “cognições parentais”. Portanto, a diversidade da nomenclatura fornece indícios da coexistência de diferentes concepções sobre o comportamento parental.

Muitos pesquisadores influenciaram os trabalhos apresentados por Gomide (2014; 2006; 2005; 2003) acerca dos estilos parentais, sendo esse, equivale ao resultado da confluência de força das práticas educativas parentais, ou seja, em um estilo parental positivo, “as práticas educativas positivas são prevalentes às negativas e, por outro lado, se o estilo parental for negativo, as práticas negativas se sobrepõem às positivas” (Gomide, 2006, p. 7). Gomide (2006) publicou o Inventário de Estilos Parentais (IEP) para estudar a interação entre pais/cuidadores

e seus filhos. O modelo teórico de estilo parental é composto por sete variáveis das práticas educativas, sendo divididas em dois grandes grupos: Práticas Educativas Negativas e Práticas Educativas Positivas. A Figura 1 apresenta as sete práticas educativas parentais, sendo, cinco vinculadas ao desenvolvimento do Comportamento Antissocial (Monitoria Negativa, Negligência, Abuso Físico, Disciplina Relaxada e Punição Inconsistente) e duas que promovem o Comportamento Pró-Social (Monitoria Positiva e Comportamento Moral) (Gomide, 2006, p. 7-8).

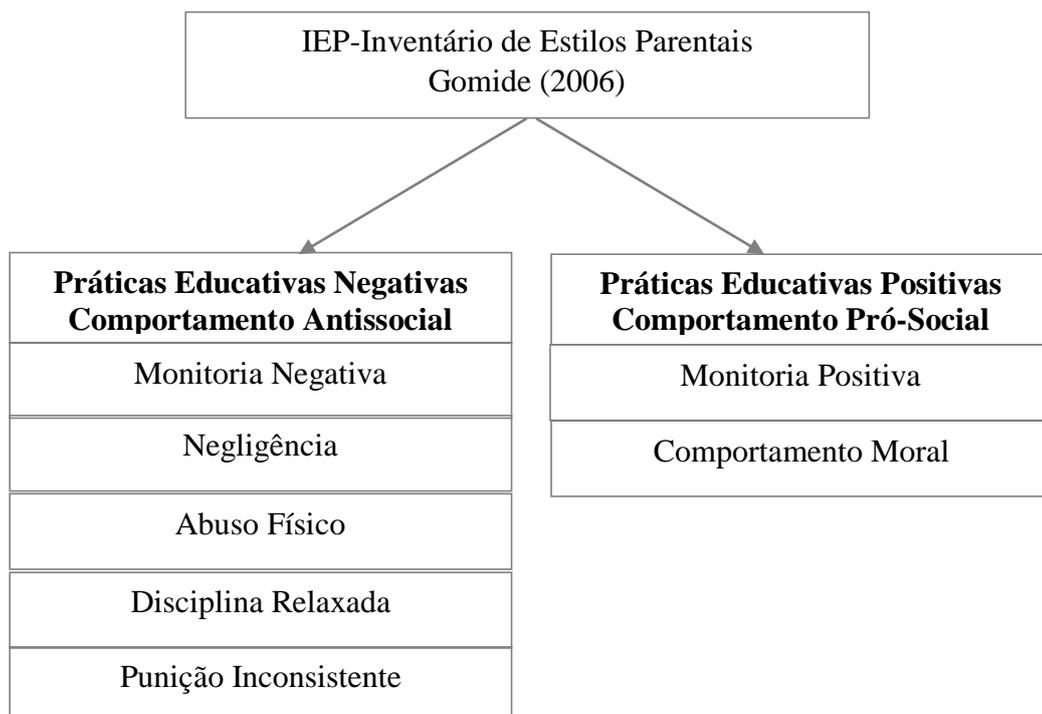


Figura 1. Apresentação das sete práticas educativas parentais compostas por Gomide (2006).

Detalhamento das Práticas Educativas Negativas versus Comportamento Antissocial

A **Monitoria Negativa ou Supervisão Estressante** consiste na tentativa excessiva de controlar a vida das crianças e dos adolescentes. São pais controladores, causando um excesso de fiscalização nas ordens que muitas vezes não foram obedecidas. Essa prática torna o ambiente familiar hostil, inseguro e dissimulado (Gomide, 2006). Do mesmo modo, Salvo, Silveiras e Toni (2005) caracterizaram a monitoria negativa como sendo o excesso de repetição e instruções usada pelos pais/cuidadores, independente delas serem seguidas ou não, recorrendo ao tom hostil e de cobrança pela falta de confiança em relação aos filhos. Para Gomide (2014), quando os pais estabelecem regras excessivas, rígidas e difíceis de serem cumpridas, os filhos

deixam de prestar atenção e a chance de que essas regras sejam desrespeitadas aumentam, tornando a prática educativa frustrante para ambos.

A **Negligência** consiste na ausência de atenção e afeto, os pais podem interagir com seus filhos de forma não afetiva, sem demonstrar carinho e amor, como também podem se ausentar de suas responsabilidades, não os orientando em suas necessidades (Gomide, 2006). Os pais negligentes estão centrados em seus próprios interesses (Cassoni, 2013). A negligência pode se dar em diversos níveis, variando entre casos mais graves, conforme já mencionado, e casos mais leves, por exemplo: a família presentear demais a criança ao colocar muitas pessoas a seu serviço, como uma babá, motorista, cozinheira, professora particular, professor de música e outros profissionais que, muitas vezes, não conseguem visualizar o elemento desencadeador do problema enfrentado por essa criança. Todos os cuidados e demonstrações podem ser adequados, no entanto, podem ser insuficientes caso venham sem a atenção, o afeto, o olhar carinhoso, o abraço e o real interesse. Diante dessa situação, pode-se considerar que esse pai é negligente ao se ausentar de sua responsabilidade (Gomide, 2014).

No **Abuso Físico** os pais utilizam-se da força física, práticas corporais negativas, para agredir e machucar seus filhos sob a justificativa de os estarem educando, além disso, utilizam-se de ameaças, chantagem de abandono e humilhação. Quando a punição é administrada de forma muito severa, frequentemente ela ultrapassa a linha para o abuso físico. Essa prática parental negativa está associada ao estresse parental, à falta de apoio e hostilidade como catalizadores para a passagem da punição ao abuso. Geralmente os pais que praticam essa monitoria e punem seus filhos fisicamente, tendem a insultá-los e a ameaçá-los verbalmente, o que pode gerar delinquência e promover o desenvolvimento de comportamento agressivo e antissocial nos filhos (Gomide, 2006).

A **Disciplina Relaxada** corresponde ao relaxamento das regras estabelecidas pelos pais. É caracterizada pelo não cumprimento do acordo posto aos filhos, os pais usam de ameaças e, quando confrontados com os comportamentos opostos e agressivos dos filhos, abrem mão de seu papel educativo, sem fazer valer os acordos e as regras pré-estabelecidas (Gomide, 2006). Igualmente, Salvo et al. (2005) ressaltam que a disciplina relaxada é marcada pela baixa habilidade dos pais em fazerem valer regras e acordos nas suas interações com seus filhos, contribuindo para um ambiente instável.

A **Punição Inconsistente** é caracterizada pela atribuição de punição ou reforço de um comportamento de acordo com o humor dos pais e não ao ato praticado pelos filhos (Gomide, 2006). Assim, o humor instável dos pais durante as interações educativas tem prejuízos significativos para a educação das crianças e adolescentes, eles não aprendem os valores, pois

estes são passados de forma confusa e instável, por fim, eles crescem sem saberem o que é certo e errado. As crianças percebem a instabilidade e aprendem que os pais não têm segurança em seus valores e propósitos educativos, deste modo, passam a rejeitar suas orientações, não os reconhecendo como modelos morais adequados (Gomide, 2014).

Detalhamento das Práticas Positivas versus Comportamento Pró-social.

A **Monitoria Positiva** envolve prática educativa adequada exercida pelos pais, voltada a atenção, ao estabelecimento de regras e a demonstração de afeto. Essa prática permite segurança, clima agradável ao acompanhamento das atividades escolares, do mesmo jeito em que possibilita lazer e carinho aos filhos (Gomide, 2006). As regras permitem um relacionamento adequado entre os membros da família e clima respeitoso em relação aos valores e hábitos. A família busca estabelecer regras flexíveis e que possam ser cumpridas (Gomide, 2014).

Por fim, o **Comportamento Moral** é outra prática educativa positiva e refere-se à capacidade dos pais em promover condições favoráveis ao desenvolvimento dos valores, tais como a empatia, senso de justiça, responsabilidade, generosidade e honestidade. Esta prática educativa fornece subsídios que auxiliam no discernimento da criança do que é certo e do que é errado, seguindo os exemplos dos pais (Gomide, 2006).

Weber (2007) influenciada por muitos pesquisadores americanos, tais como Baumrind (1966), MacCoby e Martin (1983), Darling e Steinberg (1993) e por autores brasileiros como Costa et al. (2000), Alvarenga (2001) e Reppold et al. (2002) que têm publicado sobre o tema no Brasil. Na Figura 2 serão apresentadas as quatro práticas educativas parentais estudadas por ela. A primeira refere-se à monitoria positiva (estilo participativo) que, segundo Weber (2007), consiste no estilo mais adequado dos pais ao desenvolvimento dos filhos. Já para as monitorias negativas, serão expostos os três estilos que ocasionam conflitos familiares (estilo autoritário, estilo permissivo e estilo negligente).

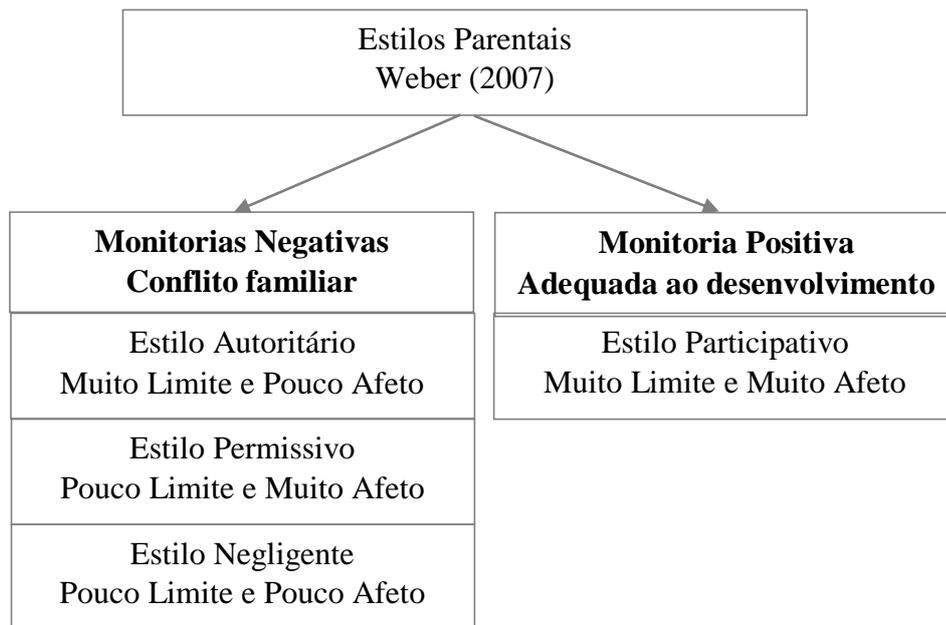


Figura 2. Apresentação dos quatro estilos parentais, segundo as apreciações de Weber (2007).

Detalhamento das Monitorias Negativas versus Conflitos Familiar.

Estilo Autoritário, tal prática educativa permite um ambiente hostil, no qual existe “muito limite e pouco afeto”, as regras e limites expostos pelos pais são muito rígidos e inflexíveis, têm como alvo a obediência e o controle. Esses pais mandam nos filhos e exigem obediência em primeiro lugar, fazem valer a sua própria opinião, consideram pouco os sentimentos dos filhos e não os permite participar das decisões ou escolhas (Weber, 2007).

Com relação ao **Estilo Permissivo**, ele é caracterizado por “pouco limite e muito afeto”; são pais que têm um baixo nível de exigência e muita responsividade, estabelecem poucos limites e regras e são muito afetuosos. Os pais oferecem bens materiais em excesso, consideram e valorizam os sentimentos, opiniões e necessidades, permitem quase tudo aos filhos, consentindo expressar seus desejos e emoções, por outro lado, são pais que não exercem autoridade e tem medo de dizer não (Weber, 2007).

Outra prática negativa refere-se ao **Estilo Negligente**, neste os pais apresentam “pouco limite e pouco afeto” contribuindo para uma supervisão com baixo nível de exigência e responsividade, deixam os filhos soltos, permitem quase tudo e não se comprometem com o papel de educador, estão sempre ocupados ou não tem interesses em acompanhar seus filhos nas tarefas de casa, muitas vezes são confusos e não sabem como atuar (Weber, 2007). Pais com estilo negligente exercem baixo controle (exigência) e baixa responsividade, demonstram pouco envolvimento com a tarefa de socialização de seus filhos e não os monitoram.

Frequentemente são distantes e tendem a responder somente às necessidades básicas (Maccoby & Martin, 1983).

Detalhamento da Monitoria Positiva, sendo essa adequada ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

O **Estilo Participativo** mantém o clima do ambiente familiar amável e respeitoso, no qual existe “muito limite e muito afeto”, os pais apresentam alto nível tanto de exigência, quanto de responsividade; estabelecem obediência de regras e mantêm a autoridade, mas, esses pais são abertos para dialogar com seus filhos, respeita as opiniões, aceita negociações, considera sentimentos e permite o desenvolvimento da autonomia. Além disso, são pais disponíveis para brincar e ajudar nas atividades com disposição, elogiam e valorizam seus filhos (Weber, 2007).

1.6.2 Práticas educativas parentais e consequências para a criança típica

Como visto, os pais ao atuarem como agentes socializadores, utilizam-se de diversas estratégias e técnicas para direcionar o comportamento dos filhos, sejam os adequados ou inadequados. E neste papel enquanto educadores, podem exercer tanto uma monitoria positiva, quanto negativa para controlar o comportamento da criança (Gomide, 2006). Cabe salientar que o DSM-5 corrobora ao divulgar:

[...] que o problema de relacionamento entre pais e filhos está associado a prejuízo no funcionamento nos domínios comportamental, cognitivo ou afetivo. Exemplos de problemas comportamentais incluem controle parental inadequado, supervisão e envolvimento com a criança; excesso de proteção parental; excesso de pressão parental; discussões que se tornam ameaças de violência física; esquiva sem solução dos problemas. Os problemas cognitivos podem incluir atribuições negativas das intenções dos outros, hostilidade contra ou culpabilização do outro e sentimentos injustificados de estranhamento. Os problemas afetivos podem incluir sentimentos de tristeza, apatia ou raiva relativa ao outro indivíduo na relação. Os clínicos devem levar em conta as necessidades desenvolvimentais infantis, bem como o contexto cultural (APA, 2014, p. 715).

Porquanto, uma vez que as estratégias são usadas pelos pais com o objetivo de suprimir comportamentos considerados inadequados dos filhos, servem igualmente para incentivar e reforçar a ocorrência de comportamentos adequados. Essas práticas educativas apresentam consequências no comportamento das crianças, como visto no estudo de Salvo et al. (2005). A Monitoria Negativa materna aliada à Disciplina Relaxada materna, foram preditoras para problemas de comportamento internalizantes, como a ansiedade e depressão nos filhos. Da

mesma maneira que a Monitoria Negativa materna aliada à falta de Monitoria Positiva e a Disciplina Relaxada paterna consistem em problemas de comportamento Internalizantes¹⁰ e Externalizantes¹¹ e Totais¹² nos filhos.

Quanto a Punição Inconsistente ou humor instável versus consequências no comportamento dos filhos, Gomide (2006) exemplifica que quando uma mãe pune seu filho algumas vezes e outras não (pelo mesmo comportamento) provavelmente o que está determinando sua conduta não é a ação do filho, mas sim o estado emocional dela “mais ou menos calma”. Deste modo, não há internalização de valores morais, a criança não aprende o que é certo ou errado, mas aprende a discriminar quando a mãe está nervosa. Do mesmo modo que, quando um pai chega em casa com raiva e bate no filho, independentemente do que ele fez ou esteja fazendo, poderá desencadear um sentimento de rejeição, pois a punição será associada à falta de afeto e de amor. Por conseguinte, os filhos passam a evitar o mau humor dos pais, esquivando-se de casa até que estes momentos passem (Gomide, 2006). A Punição Inconsistente interfere de maneira significativa na percepção da pessoa, pois prejudica sua avaliação dos efeitos que suas ações têm sobre os outros socialmente (Gomide, 1998). Este processo desencadeia enorme instabilidade emocional nas crianças e nos adolescentes, deixando-os ansiosos e agressivos, em função das frustrações decorrentes de não saber o que fazer para agradar aos pais. Essa instabilidade emocional tem como consequência a perda da autoridade paterna (Gomide, 2014).

Quanto a punição física, as mães com menor renda utilizam com menor frequência a prática de privar a criança de algum reforçador ou colocá-las de castigo, do mesmo modo que o uso da punição física foi visto com maior frequência no relato destas mães. Do mesmo jeito, quanto maior a idade da mãe, maior foi a frequência de práticas não coercitivas e da categoria negociação e troca. De acordo com os autores, a punição física é mais utilizada pelas mães pelo fato de que práticas mais eficazes e menos coercitivas como a privação/castigo, não estão bem estabelecidas em seu repertório parental (Alvarenga Magalhães & Gomes, 2012). O uso de práticas parentais coercitivas, inclusive a punição física, é associado a problemas de adaptação e de comportamento em crianças e adolescentes, assim como problemas emocionais, baixa autoestima e aumento da obesidade infantil (Cassoni, 2013).

¹⁰ Problemas Internalizantes: Estão relacionados aos comportamentos de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas (Achenbach & Rescorla, 2004; 2001).

¹¹ Problemas Externalizantes: Refere-se aos comportamentos de Quebrar Regras e Comportamentos Agressivos (Achenbach & Rescorla, 2004; 2001).

¹² Problemas Totais: Envolvem os Problemas Internalizantes e Externalizados, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção (Achenbach & Rescorla, 2004; 2001).

Um estudo recente realizado por Ribeiro (2017) levantou, por meio de revisão sistemática, a relação entre práticas parentais inadequadas e tolerância à frustração nos filhos. O Estilo Autoritativo, Autorizante e Participativo tem implicações mais positivas no desenvolvimento das crianças, por outro lado o Estilo Permissivo mostrou correlação com ansiedade, depressão e menor tolerância à frustração, assim como o Estilo Autoritário parece relacionar-se ao baixo nível de tolerância à frustração e seus efeitos negativos no desenvolvimento das crianças. Em estudo anterior conduzido por Richaud Minzi (2005) foi verificado que os pais autoritários acompanhados por um controle rígido e com base na punição e com pouco afeto, aumentam o apoio às estratégias de busca dos filhos para suprir suas necessidades, tais como, a criança falar com alguém para descobrir como resolver o problema, e/ou dizer a um amigo para ver se ele pode ajudar nas dificuldades, o que indica, uma falta de confiança nos pais. Como forma de avançar as pesquisas referentes às relações entre as práticas educativas e o desempenho acadêmico de crianças, o estudo de Toni e Hecaveí (2014) propôs avaliar se as práticas educativas parentais poderiam prever o rendimento acadêmico. A amostra foi composta por 203 crianças com idades entre 8 e 11 anos, de ambos os sexos, que cursavam entre 3º e 5º ano de duas escolas do Paraná. Como resultado, a Monitoria Positiva e Comportamento Moral apresentaram relações positivas e moderadas para a média escolar, indicando que crianças que exibem alto rendimento escolar relatam mães com maiores níveis de Práticas educativas positivas e menor índice de Práticas educativas negativas. Segundo os autores, a média baixa no rendimento acadêmico se correlacionou de forma negativa e significativa com as práticas de Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada, Negligência e Abuso Físico. Os autores reforçaram que as práticas educativas maternas e paternas são consideradas preditoras para o rendimento acadêmico.

Os pais que exercem adequadamente uma Monitoria Positiva, têm filhos que tendem a apresentar elevado repertório de habilidades sociais e menos problemas de comportamento. Em crianças que se sentem valorizadas, amadas e têm prazer pela vida, observa-se maior autoestima, otimismo, percepção de auto eficácia e menor nível de estresse e depressão (Weber, 2007). Este funcionamento de prática educativa positiva propicia um ambiente seguro e favorável ao desenvolvimento da criança, afastando a necessidade da fiscalização estressante por parte do pai. Do mesmo modo, a monitoria baseada no “comportamento moral” pode fornecer subsídios que auxiliam no discernimento entre o que é certo e errado em termos de valores da criança na sua fase de desenvolvimento (Gomide, 2006).

1.7 Uso de práticas educativas parentais e consequências no comportamento da criança com TDAH.

É esperado que pais/cuidadores tenham um papel de proteção, cuidado, apoio e que sejam modelos a seguir na fase de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, possibilitando segurança, autonomia, autoestima, estabelecendo regras e limites, demonstrando sentimento de amor e respeito por elas. Por outro lado, quando essas perspectivas não são atingidas, podem gerar um elemento potencializador de dificuldades e de estresse familiar. Esses aspectos relacionais, tornam-se ainda mais importantes ao se tratar de famílias de crianças com TDAH.

O ambiente familiar pode promover comportamentos adequados ou favorecer o surgimento ou a manutenção de comportamentos inadequados em crianças ao longo do seu desenvolvimento. As crianças podem não se comportar adequadamente após o uso de coerção severa, mas, a aquisição desse comportamento deve ocorrer diante do uso de reforço positivo, uma vez que, “se uma criança é punida por dizer aos pais que fez algo considerado errado, é possível que da próxima vez que os pais lhe perguntarem se agiu correta ou incorretamente, ela vai mentir para evitar ser coagida”. Desta forma, o uso de punições severas, além de não resolver os problemas de comportamento, leva a ressentimentos e a dificuldades na interação entre eles, além disso, tal ação compromete o relacionamento de amizade e colaboração que deveria existir. Diante desta prática educativa negativa, podem surgir problemas na infância e ao longo do seu desenvolvimento, tais como a baixa autoestima, a baixa autoconfiança e pouca flexibilidade comportamental frente às demandas do cotidiano (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002).

Diante do quadro da criança com TDAH, a família é um elemento ativo e essencial para a educação ao dividir responsabilidades com a escola para enfrentar as adversidades da escolarização impostas a elas. Cabe aos pais/cuidadores desenvolverem um conjunto de ações eficazes para reforçar comportamentos adequados ou eliminar comportamentos desajustados e que garantam o desenvolvimento das crianças em todos os contextos em que estão inseridas. O que sugere capacidade dos pais ao interagirem adequadamente com as crianças na promoção de comportamentos exigidos pelo contexto educacional (Rocha & Del Prette, 2010).

Para o DSM-5, os padrões de interação familiar no começo da infância podem influenciar o curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta associados ao TDAH (APA, 2014). No mesmo sentido, o estudo de Lemelin, Lafortune e Fortier (2006) verificou que as características de dificuldades emocionais ou práticas educativas

negativas dos pais influenciam no agravamento de comportamentos associados aos sintomas do TDAH nos filhos (exacerbação do sintoma), mas que essas influências são mais intensas quando a criança com TDAH apresenta outros transtornos do neurodesenvolvimento, como o TOD ou TC.

Com base no exposto em relação ao estilo parental sobre a evolução dos problemas de comportamento de crianças com TDAH, o estudo González, Bakker e Rubiales (2014) analisou e comparou a percepção dos estilos parentais do ponto de vista das crianças com e sem TDAH e de seus pais. Os resultados apontaram que os pais de crianças com TDAH apresentaram estilo educacional menos democrático e mais rígido, com predisposição para impor aos seus filhos o cumprimento das normas, mantendo um alto nível de exigência e demanda inadequada.

Quanto ao estilo parental como um fator de proteção ou de risco, o estudo de Sari Gokten, Saday Duman, Soylu e Uzun (2016) verificou que as crianças com TDAH estavam sob maior risco em termos de abuso infantil e negligência em relação ao grupo controle. Os autores concluíram que crianças com TDAH são mais expostas a abuso físico (96,2%) e abuso emocional (87,5%) de maneira estatisticamente maior em comparação ao grupo controle (46,2% e 34,6% respectivamente). A exposição referente a abuso sexual, não houve diferença significativa entre os grupo (GE: 5,8% e GC: 1,9 %). Do mesmo modo, Hadianfard (2014) identificou que crianças com TDAH são negligenciadas (60%) e sofrem abuso psicológico (35%) com mais frequência do que outros maus tratos. Os resultados apontaram que a negligência e os abusos psicológicos e físicos foram significativamente maiores no grupo de crianças com TDAH. Conclui-se neste estudo que as famílias de crianças com TDAH devem ser orientadas para lidar com as dificuldades e os problemas de comportamento dos filhos.

Na revisão da literatura de Benczik e Casella (2015), o estudo de Barkley (2002) apontou que pais de crianças com TDAH encontram dificuldades reais no convívio com eles, pois se deparam frequentemente com rotina de evitação, postergação e esquecimento das tarefas cotidianas. Além disso, os pais enfrentam uma rotina familiar estressante, pois as tarefas mais simples podem se tornar uma missão quase impossível para os seus filhos, como por exemplo tomar banho, escovar os dentes, sentar para as refeições, se preparar para dormir, pegar no sono e fazer as tarefas de casa. Essa rotina estressante pode resultar frustração nos pais devido a repetidas ameaças e diretivas que muitas vezes acontece. Diante à rotina estressante dos pais e comportamentos inadequados dos filhos, os pais podem alternar o seu comportamento, dependendo de seu humor ou irritabilidade entre a negligencia e abuso físico. Além disso, quando o filho começa a mostrar os mínimos sinais de comportamento inadequado, isto pode levar espontaneamente às reações negativas imediatas ou à severa disciplina física. Portanto,

mediante a cobrança excessiva dos pais, os filhos com TDAH tendem a reclamar, resmungar e brigar de forma impulsiva, incoerente e sem autocontrole.

Outro ponto levantado na revisão de Benczik e Casella (2015) foi que alguns pais de crianças com TDAH podem simplesmente desistir e concordar, fazer as tarefas eles mesmos para os seus filhos, ou simplesmente deixar a tarefa por fazer. E, com o passar do tempo, alguns pais tendem a atingir um estado de fracasso na condução de seu filho, sentem-se impotentes. Nesta mesma direção, eles podem fazer o mínimo ou nenhum esforço para reportar ou reforçar ordens estabelecidas a criança, deixando-a livre para fazer o que lhe agrada, com pouca ou nenhuma supervisão. Por outro lado, alguns pais tendem a reagir com mais direcionamento, controle, sugestão, encorajamento e, no final, sentir raiva e frustração. Visto que, quando essa abordagem diretiva falha em motivar a criança a atentar e obedecer aos seus comandos, os pais podem evoluir para o uso habitual da disciplina física ou outras formas de punição para controlar o comportamento rebelde dos filhos (Barkley, 2000). Ainda na revisão da literatura de Benczik e Casella (2015), o estudo de Dupaul e Stoner (2007) apontou que as crianças com TDAH, por sua vez, em função da falta de competência social seja por retraimento, ou por comportamento agressivo resultantes de um autocontrole deficiente, sentem a rejeição de seus pares e de seus familiares que muitas vezes não os compreendem, o que pode levar a um círculo de perpetuação de comportamentos desajustados.

Quanto às práticas educativas negativas, essas são mais usadas por pais de crianças com TDAH, com baixos indicadores de suporte social e familiar, assim como de qualidade de vida. Estas práticas são associadas, no geral, a piores habilidades em funções executivas nos filhos. Em se tratando de práticas educativas positivas e consequências no comportamento da criança com TDAH, o estudo de Marino (2015) apontou que alta Habilidade Educativa Social (HES) caracteriza um bom funcionamento adaptativo dos responsáveis. Consequentemente as práticas positivas se associam ao desenvolvimento de competências sociais nas crianças, melhores habilidades em funções executivas, aumento da frequência de comportamentos adequados, bom rendimento escolar e melhor funcionamento adaptativo entre pais/cuidadores e seus filhos.

Observa-se na literatura que alguns pais de crianças com TDAH apresentam índice elevado para práticas educativas negativas, tais como a “negligência e abuso psicológico” (Hadianfard, 2014), esses são menos carinhosos e mais controladores que pais de crianças sem TDAH (Goldstein, Harvey & Friedman-Weieneth, 2007). Segundo Bolsoni-Silva e Borelli (2012) quando os comportamentos trazem mais punições que reforçadores e ainda não estão fortemente instalados nos repertórios das crianças e dos pais, impedem a promoção de uma interação positiva na relação familiar e no desenvolvimento de competência social nas crianças.

1.8 TDAH: Práticas educativas parentais, estresse e ansiedade dos pais/cuidadores

As exigências do papel de pais podem gerar estresse para quase todos e muitos exercem práticas educativas negativas com intuito de educar seus filhos. A redução do estresse parental é reconhecida como terminante, não só para melhorar o bem-estar psicológico dos pais, mas porque pode prejudicar as suas capacidades de implementar com sucesso práticas educativas positivas e acompanhamento adequado das dificuldades das crianças. O estresse parental pode favorecer a déficits nas habilidades sociais dos pais e nas suas condições emocionais para avaliar consistentemente o comportamento dos seus filhos com TDAH (Cheung, Aberdeen, Ward & Theule, 2018; Hannesdottir et al., 2017; Kang et al., 2016; Faria & Cardoso, 2016; Benczik & Casella, 2015; Graziano, McNamara, Geffken & Reid, 2011).

O uso das práticas educativas parentais é a maneira como os pais contingenciam o comportamento dos filhos. Estudos evidenciam que mães de crianças com TDAH demonstram mais o estilo parental autoritário com altos níveis de estresse mostrando-se críticas, controladoras e com menos inclinação para resolver problemas. Nestes pais e mães estão presentes mais reações negativas a seus filhos e usam menos estratégias parentais positivas, visto que, quanto maior o estresse, mais estilos parentais arbitrários (Yousefia, Far & Abdollahian, 2011; Raya-Trenas, Herreruzo-Cabrera & Pino-Osuna, 2008). Estes dados reforçam os achados de González et al., (2014), os quais destacam que pais de crianças com TDAH concernem a uma monitoria negativa, geralmente são mais rígidos e menos indutivos, caracterizados por uma tendência a expressar mais críticas, menos aceitação e afetuosidade aos seus filhos.

No Brasil o estudo de Bellé et al. (2009) ressalta que mães de crianças com TDAH e TOD apresentam mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico. Adicionalmente, muitas outras pesquisas documentaram taxas elevadas de ansiedade, estresse parental e conflito familiar entre pais que têm filhos com TDAH (Cheung et al., 2018; Agha, Zammit, Thapar & Langley, 2017; Shah, Sharma, Grover, Chauhan & Jhanda, 2017; Faria & Cardoso, 2016).

Faria e Cardoso (2016) verificaram a autopercepção do estresse e de fatores estressantes em cuidadores de crianças com TDAH. Os resultados apontaram que os pais de crianças com TDAH apresentaram altos níveis de estresse e esgotamento emocional, o que provoca impacto e perturbações na vida familiar e na relação com os filhos. Na mesma direção, foi encontrado no estudo de Shah et al. (2017) um alto grau de estresse, preocupação e sentimento de frustração devido aos problemas de comportamento dos filhos e tensão conjugal. Dos 27 pais/mães, 19

relataram “mau humor” e uma mãe expressou sentir-se "perdida". As mães relataram mais estresse em comparação aos pais, expressaram vivenciar mais constrangimentos, sentimento de culpa e sensação de fracasso, reportaram que receberam mais críticas dos familiares e da comunidade em relação a educação dos seus filhos. Quanto aos pais, sete não participaram das reuniões, outros dois relataram que tiveram experiências negativas com a escola e em apenas seis casos o professor aconselhou os pais a buscarem tratamento para os filhos. Contudo, os autores concluíram que a falta de conhecimento sobre o TDAH entre pais, professores e a sociedade podem ser os responsáveis por experiências negativas vivenciadas pelas famílias dessas crianças e adolescentes.

Embora algumas pesquisas demonstrem uma relação entre depressão materna e TDAH infantil, a força dessa relação ainda não está clara. Para verificar essa semelhança, Cheung et al. (2018) realizaram uma metanálise para esclarecer a eficácia da associação entre depressão materna e TDAH infantil. O estudo incluiu 51 trabalhos publicados entre 1971 a 2015, que preencheram os critérios de inclusão. Observaram que pais de crianças com TDAH tinham níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos do que pais de crianças sem TDAH. Já a relação entre sintomas depressivos maternos e sintomas de TDAH infantil foi moderada. Conseqüentemente, os pesquisadores sugeriram que os profissionais da saúde devem rastrear a possível ocorrência de depressão materna ao trabalhar com famílias de crianças com TDAH, uma vez que as investigações do TDAH infantil usam relatos dos pais. De acordo com os autores, os pais com depressão tendem a ter percepções distorcidas e exageradas dos comportamentos problemáticos de seus filhos e podem fornecer avaliações mais elevadas dos sintomas de TDAH infantil em comparação com os informantes sem depressão.

Como forma de avançar nos estudos sobre a saúde mental de pais de crianças com TDAH e percepção dos mesmos quanto aos sintomas de seus filhos, curiosamente o estudo de Agha, Zammit, Thapar & Langley (2017) examinou a associação entre a saúde mental dos pais (TDAH e depressão) e o desempenho dos filhos com TDAH em tarefas neurocognitivas que medem a memória de trabalho, desvio de atenção e déficits motivacionais. A amostra clínica foi consistida com 570 crianças (85% meninos, idade média de 11 anos) e seus respectivos pais. Foi visto que a depressão dos pais não foi associada ao desempenho dos seus filhos em nenhuma das tarefas neurocognitivas avaliadas. No entanto, os filhos de pais com sintomas de TDAH apresentaram pior desempenho na memória de trabalho, além disso foi observado comprometimento neurocognitivo adicional. No geral, os resultados deste estudo destacam que crianças com TDAH que já apresentam déficits neurocognitivos em relação à população geral e que têm um pai com a presença de sintomas de TDAH, podem experimentar problemas

neurocognitivos ainda maiores, o que ressalta a importância de considerar a saúde mental dos pais durante a avaliação.

Quanto a gravidade dos sintomas do TDAH nos filhos e estresse parental, o estudo de Bargas e Lipp (2013) avaliou a influência do estresse e estilo parental materno sobre o estresse dos filhos com TDAH. Os resultados apontaram que crianças com TDAH e suas mães exibem alto nível de estresse, estilo parental materno considerado como de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais e que a sintomatologia do estresse materno tem relação com o subtipo de TDAH, ou seja, sintomas de desatenção são potencializados pela tensão excessiva. Esses achados vêm de encontro ao estudo de Graziano et al. (2011) que conduziu uma pesquisa para determinar se os sintomas de TDAH com apresentação predominantemente desatento ou hiperativo/impulsivo, estavam associados ao estresse parental. A análise revelou uma associação significativa entre a gravidade dos sintomas de TDAH com o estresse parental. Por outro lado, apenas a gravidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade foi relacionada ao estresse dos pais. Os pais que relataram seus filhos como tendo níveis mais altos de gravidade de hiperatividade/impulsividade também relataram alto nível de estresse.

Como visto, a literatura demonstra incidência de problemas pertinentes à saúde mental e práticas educativas inadequadas em pais de crianças com TDAH. O estudo de Duarte (2013) teve como objetivo avaliar indicadores de saúde mental e práticas educativas em pais de crianças e adolescentes com SWB e comparar com o grupo de pais de crianças com queixa de TDAH. Participaram desse estudo 30 pais de filhos com queixa de TDAH e 24 pais de crianças com SWB. Os resultados apontaram que apesar do uso de práticas parentais adequadas visto nos dois grupos, os estilos de práticas educativas negativas também foram observados, incluindo a negligência e o abuso físico. Segundo autora, os dois grupos de pais apresentaram índices de ansiedade, depressão e queixas somáticas com perfil classificatório clínico e limítrofe. No entanto, o grupo de pais de crianças com TDAH apresentou percepção deficitária em relação ao suporte familiar recebido, assim como na qualidade de vida quanto ao domínio das relações sociais. Observou-se que são famílias isoladas socialmente, o que corrobora com o aumento dos sintomas, uma vez que o apoio familiar e as relações sociais podem servir como suporte para os problemas e como fator protetivo para os sintomas levantados.

É possível perceber, ao longo dos estudos apresentados, a necessidade de programas de apoio a pais/cuidadores de crianças com TDAH para amenizar o estresse e melhorar a dinâmica e o funcionamento das famílias, assim como adquirir conhecimento sobre TDAH, qualidade de vida e práticas parentais adequadas na condução do desenvolvimento dos seus filhos. Bargas e

Lipp (2013) consideram que programas que instrumentalizem os pais/cuidadores e as crianças com TDAH a manejarem o estresse podem trazer grandes benefícios para a qualidade de vida destas pessoas, por meio da minimização dos sintomas de desatenção e hiperatividade dos filhos e o uso de práticas parentais positivas.

CAPÍTULO III. Programas de orientação a pais/cuidadores de crianças com TDAH.

O capítulo três tem como finalidade apresentar informações sobre o papel da orientação a pais e seus efeitos na educação das crianças com TDAH. Os temas abordados envolvem pesquisas sobre o contexto familiar, psicoeducação e intervenção parental. Os dados apontam que os programas de treinamentos para pais de crianças com TDAH fornecem evidências para explanar conhecimentos específicos na promoção de saúde mental nos pais, práticas educativas positivas e manejo na promoção de comportamentos adequados nos filhos.

1.9 O papel da psicoeducação na orientação aos pais/cuidadores de crianças com TDAH.

Em decorrência da sobrecarga, os pais de crianças com TDAH podem desenvolver sintomas físicos e emocionais do estresse, como por exemplo o aumento da ansiedade, da depressão, sentimento de culpa, ressentimento, desamparo, sensibilidade emocional e uma monitoria negativa, impactando significativamente na qualidade de vida em família.

Atualmente, programas de psicoeducação tem sido apontado como um caminho efetivo na redução dos sintomas do TDAH quando comparados ao tratamento medicamentoso isolado, o que sugere a necessidade de considerar a psicoeducação como uma abordagem adicional válida para o tratamento do transtorno (Ferrin et al., 2016). Dentre os diferentes benefícios da psicoeducação, destacam-se o aumento do conhecimento sobre o transtorno, da motivação para a mudança, da participação do paciente e seus familiares no tratamento, aderência e satisfação com o tratamento psicológico e medicamentoso e a redução de recaídas (Nussey, Pistrang & Murphy, 2013; Knapp, 2004)

A psicoeducação tem como propósito ampliar o conhecimento do paciente e de seus familiares sobre o problema que os afligem (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010) para aumentar a compreensão da sua condição no auxílio do tratamento dos transtornos mentais, dos problemas comportamentais e dos aspectos emocionais. Ainda, ajuda na tomada de decisões com base nas informações confiáveis apropriada para suscitar adesão ao tratamento. Os pacientes e cuidadores anseiam por informações e um entendimento completo da condição estabelecida e prognóstico (Bonsack, Rexhaj & Favrod, 2015; Bégin, Bluteau, Arseneault & Pronovost, 2012).; Bhattacharjee et al., 2011; Swaminath, 2009). A psicoeducação é, portanto, uma técnica de intervenção terapêutica, estruturada e didática que transmite conhecimentos sobre a patologia, seja ela física ou psíquica. Essa técnica relaciona instrumentos psicológicos e pedagógicos e tem como propósito ensinar e orientar pacientes e cuidadores a enfrentar suas dificuldades. Adicionalmente, a intervenção psicoeducacional

possibilita suporte e apoio à pessoa com transtorno e ao seu cuidador (Lemes & Ondere Neto, 2017), pois oferece esclarecimento de dúvidas e correções de informações distorcidas aos pacientes sobre o transtorno, como por exemplo, o diagnóstico, etiologia, funcionamento e tratamento (Bai, Wang, Yang & Niu (2015).

Montoya, Colom e Ferrin (2011) verificaram os efeitos dos programas de psicoeducação sobre os sintomas do TDAH em crianças e adolescentes e em seus familiares. Os sete estudos encontrados divergiram a respeito das abordagens psicoeducacionais, três deles foram aplicados a pais de crianças com TDAH, outros três destinou-se as crianças e adolescentes e um estudo aos professores. Concluiu-se que embora as evidências disponíveis sejam limitadas e que alguns achados difíceis de serem interpretados, o papel positivo da psicoeducação e de outras intervenções educacionais para crianças com TDAH e seus familiares é apoiado pela maior parte da literatura citada nesta revisão.

Na mesma direção, a revisão sistemática de Oliveira e Dias (2018) teve como propósito caracterizar as publicações científicas sobre psicoeducação do TDAH. Foi realizada uma revisão sistemática e, para isso, encontraram 29 artigos que preencheram os critérios de inclusão. Verificou-se que a técnica foi destinada a familiares de pessoas com TDAH, e conduzida em formato de sessões grupais, palestras e manuais. Segundo os autores, os artigos encontrados revelaram que o objetivo da psicoeducação do TDAH tem como foco central transmitir informações relevantes ao paciente ou interessados, abordou temas sobre a medicação, o próprio transtorno e as opções de tratamento. Apontou também, os aspectos sobre os sintomas do transtorno, causas e comorbidades existentes. Nos casos da psicoeducação voltado aos familiares de crianças e adolescentes com TDAH, observou-se tópicos sobre as habilidades parentais necessárias para se relacionar com o filho e manejar os sintomas do transtorno. Os autores concluíram que a psicoeducação do TDAH colabora para maior conhecimento sobre o transtorno, adesão ao tratamento e qualidade de vida em família (Oliveira & Dias, 2018).

Nota-se que desenvolver programas de intervenção em psicoeducação mostra-se eficaz no nível de compreensão das pessoas sobre os transtornos que os comprometem, garantindo a participação ativa de pacientes e seus cuidadores no tratamento (Bhattacharjee et al., 2011). O modelo psicoeducacional abarca diferentes teorias psicológicas e educativas, além disso, utiliza dados científicos de outras áreas do saber, com o intuito de expandir informações para transmitir ao paciente e cuidador (Cole & Lacefield, 1982). Contudo, o programa de psicoeducação deve acontecer de maneira didática e em linguagem adequada ao público-alvo. A transmissão do

conhecimento pode assumir diferentes formatos, seja com uma configuração individual ou grupal ou palestras e rodas de conversas (Bai et al., 2015).

1.10 Programas de intervenção com grupo de pais.

A psicoterapia para crianças com TDAH e programas de suporte e orientação aos pais são administrados para potencializar os recursos já existentes dentro da própria família, para que todos possam aprender a lidar melhor com as dificuldades que o transtorno apresenta (Kunrath & Wagner, 2009).

Estudos sobre a eficácia dos programas de treinamento para pais de crianças com TDAH evidenciam ganhos promissores e sugerem redução do estresse parental, das práticas educativas negativas, melhoras das habilidades parentais e do sentimento de competência nos pais. Ainda, referente aos ganhos encontrados após o programa de orientação a pais, os estudos apresentam diminuição expressiva no comportamento opositor das crianças, labilidade emocional, problemas de atenção e do comportamento hiperativo/impulsivo (Bertoldo, Feijó & Benetti, 2018; Leung, Tsang, Gene & Choi, 2017; Neece, 2014; Herbert, Harvey, Roberts, Wichowski & Lugocandelas, 2013; Daley & O'Brien, 2013 e Daly, Creed, Xanthopoulos e Brown, 2007; Chronis, Jones & Raggi, 2006).

O estudo de Ferreira, Ayalla, Oliveira e Rocha (2016) teve como propósito oferecer um espaço para debate e troca de experiências, capacitar pais de crianças com TDAH a lidar com demandas interpessoais cotidianas e estratégias para o desenvolvimento social e acadêmico de seus filhos. Os resultados apontaram mudanças nas HSE-P após a intervenção, tais como, elogiar e oferecer *feedback* aos filhos, capacidade de negociar regras e limites, descrever comportamentos adequados e inadequados e auxiliar seus filhos nas tarefas escolares. Da mesma forma, a maioria das crianças foram avaliadas positivamente pelos seus pais e professores.

O estudo de Rocha, Del Prette e Del Prette (2013) apontou impacto positivo do programa de HSE sobre o repertório das mães de crianças com TDAH, com efeito de generalização para o contexto familiar e com indicadores de manutenção na fase de seguimento. As principais HSE alcançadas pelas mães constituíram em competência de monitorar positivamente seus filhos, transmitir e expor conteúdos, estabelecer limites e oferecer contexto potencialmente educativo para as crianças.

Herbert et al. (2013) constataram que o treinamento parental revelou eficaz na redução da desatenção, hiperatividade, comportamento de oposição e labilidade emocional em crianças

pré-escolares. Na mesma direção, Chronis et al. (2006) ressaltaram que o treinamento parental diminuiu os comportamentos problemáticos das crianças, melhorou a interação entre eles e reduziu o estresse parental. Pimenta (2014) aplicou uma intervenção baseada no programa de treinamento para pais de crianças com TDAH, como sugerido por Barkley (1997). Como resultado, observou eficácia na redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade e comportamento opositor e desafiador nas crianças.

Weber, Brandenburg e Salvador (2006) visaram implementar e verificar a eficácia do programa “Promoção da Qualidade de Interação Familiar” (PQIF), que orienta e capacita pais, para que aprendam a manejar as contingências de práticas educativas. Foram 93 pais participantes, que estiveram presentes em 87,9% dos encontros. Os resultados revelaram satisfação dos pais, diminuição de prática negativa, autoconhecimento, aumento da participação e do envolvimento destes na vida dos filhos, estabelecimento de regras claras e consistentes, maior valorização de comportamentos adequados dos filhos, aumento da frequência de elogios por parte dos pais e diminuição ou abandono do uso de abuso físico.

Por fim, Rocha (2009) propôs avaliar o efeito de um programa de HSE junto a pais de crianças com TDAH, focou-se tanto a sua validade interna como a externa. Os resultados mostraram que o programa foi efetivo em promover habilidades sociais nas mães, principalmente no comportamento alvo da intervenção, tais como a exposição a situações novas, controle da agressividade, desenvoltura social, habilidade para enfrentar situações de risco, habilidade de autoafirmação e competência para expressar afeto positivo. A generalização dessas habilidades, para o contexto familiar, possibilitou redução nos problemas de comportamento e aumento das competências acadêmicas das crianças após a intervenção.

Como observado nos estudos apresentados, programas de intervenção junto a pais possibilita autoconhecimento e mudança de comportamento. Os pais/cuidadores carecem de ter acesso ao conhecimento sobre as práticas educativas que sejam eficazes para criar e manter um repertório de comportamento adequado a dinâmica familiar (Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006; Weber, et al., 2004). Observa-se na literatura que o processo de intervenção pode oferecer estratégias mais adequadas para os pais/cuidadores lidarem com os problemas diários, substituindo estratégias inadequadas por uma monitoria positiva para melhor conduzir o cotidiano com seus filhos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver, implementar e avaliar os efeitos de um programa de intervenção parental de práticas educativas sobre as dificuldades emocionais dos pais e nos aspectos cognitivos e comportamentais de crianças com TDAH.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os principais problemas de comportamento e perfil de competências relatadas por pais e professores das crianças com TDAH.
- b) Descrever o perfil cognitivo das crianças com TDAH.
- c) Identificar as práticas educativas parentais.
- d) Avaliar o perfil comportamental e saúde mental dos pais.
- e) Avaliar os efeitos da intervenção nas práticas educativas e indicadores de saúde mental dos pais.
- f) Avaliar os efeitos da intervenção a partir dos indicadores de desempenho cognitivo e comportamental das crianças com TDAH.

3 MÉTODO

3.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie e aprovado sob o processo CEP/UPM n° 2.301.33 e CAAE n° 70526317.9.0000.0084.

As autorizações dos participantes (pais/cuidadores, crianças e professores) para a realização da pesquisa foi solicitada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta a descrição detalhada dos principais aspectos da pesquisa, envolvendo, os objetivos, os participantes, contribuição do estudo, bem como a solicitação da autorização para o desenvolvimento da pesquisa e acordo firmado das responsabilidades pertinentes a instituição e a pesquisadora. Explicitam também, as questões metodológicas e éticas envolvidas no trabalho, os riscos envolvidos, procedimentos, garantia de sigilo durante o momento da coleta e divulgação dos dados. Aos participantes foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento, após as orientações e assinatura de todas as partes.

3.2 Local da Pesquisa

Os encontros foram realizados na clínica-escola do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD) da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), em duas salas destinadas aos atendimentos individuais e de grupo, localizada na cidade de São Paulo, Brasil. A presente pesquisa provém de um projeto mais amplo desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Psicodiagnóstico e Intervenção em Distúrbios do Desenvolvimento (GEPID) e ao Grupo Processos Atencionais e Desenvolvimento Humano, ambos cadastrados no CNPq.

3.3 Materiais e Equipamentos

Descrição dos materiais e equipamentos utilizados na pesquisa: projetor multimídia (datashow); notebook; baralhos de cartas; alimentos (bombons e chocolates diversos, bolo, balas, bolachas, sucos, água, etc); cenário (mala de viagem) e materiais de papelaria (grafite; caneta, lápis de cor, papel sulfite, cordão, entre outros).

3.4 Participantes e Informantes

A amostra seguiu critérios de conveniência e constituiu-se de 16 participantes, sendo quatro mães e dois pais, cinco crianças e seus respectivos professores. Para as crianças que cursavam o ensino fundamental do 1° ao 5° ano, foi solicitada a participação do professor responsável pela sala de aula. As crianças a partir do 6° ano foi solicitada a participação do

professor que ministrava as disciplinas de português ou de matemática, por considerar maior número de aulas semanais dessas disciplinas e o maior contato com os alunos.

Os critérios de inclusão e seleção dos pais foram fundamentados nas características das crianças: a) Diagnóstico de TDAH pelo protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixa de TDAH, conforme determinado no trabalho de Carreiro et al. (2014) oferecido pelo programa PPG-DD da UPM; b) Relatório de avaliação até 1 ano vigente, dessa maneira, foi sugerido uma reavaliação a todas as crianças com relatórios vencidos; c) Idade entre 6 e 12 anos sem distinção de gênero; d) Cursar o ensino fundamental de escola pública ou privada da região de São Paulo; e) Apresentar quociente de inteligência (QI) igual ou acima de 80, medido pela Escala Wechsler de Inteligência para crianças (Wechsler, 2013; Figueiredo, 2002).

Como critério de exclusão: a) presença de problemas neurológicos e/ou psiquiátricos graves, como por exemplo, síndromes genéticas ou quadros comórbidos com outros transtornos do neurodesenvolvimento que agravem o quadro.

A Tabela 3 apresenta a caracterização do grupo de pais que permaneceram nas sete etapas do estudo. A idade variou entre 34 e 51 anos ($M=41$ e $DP=5,54$), do gênero em sua maioria do sexo feminino (67%), quanto ao nível de escolaridade (67%) dos participantes possuíam curso superior completo e (83%) eram casados. Com base na avaliação referente ao Estrato Sócio Econômico (ABEP, 2016), o nível variou entre B2 e B1.

Tabela 3

Descrição dos pais em função da idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil e classificação sócioeconômica

Pais	Idade	Gênero	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	*IBOP/ABEP
M1	40	F	Superior Completo	Advogada	Casada	B2
M2	36	F	Superior Completo	Secretária	Casada	B2
M3	41	F	2º Grau Completo	Do lar	Casada	B2
P3	51	M	Superior Incompleto	Gerente de TI	Casado	B2
P4	34	M	Superior Completo	Professor Geografia	Casado	B2
M5	44	F	Pós Graduada	Auxiliar de Biblioteca	Separada	B1

Legenda: M3 e P3 (casal); M (Mãe); P (Pai); M (Masculino); F (Feminino); *Classificação sugerida pelo IBOP/ABEP (2016), a partir dos dados do Questionário critério de classificação econômica Brasil.

A Tabela 4 apresenta a caracterização das crianças que permaneceram no estudo, tinham idade entre 8 e 11 anos ($M=10$ e $DP=1,10$), na sua maioria do gênero masculino (80%). Quanto a escola, 100% das crianças estudavam em instituições privadas, 20% cursavam o 3º ano, 60% o 5º ano e 20% o 6º ano. As crianças apresentaram o Quociente de Inteligência (QI) entre 92 e

107 ($M=101$ e $DP=6,76$), sendo que quatro crianças foram avaliadas pelo WISC-III- Escala Wechsler de Inteligência para crianças (Figueiredo, 2002) e uma criança pelo WISC-IV- Escala Wechsler de Inteligência para crianças (Wechsler, 2013). Por fim, todas as crianças apresentaram o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade, entretanto, somente uma delas tomava medicamento durante o percurso da pesquisa.

Tabela 4

Descrição das crianças em função da idade, sexo, escolaridade, QI, diagnóstico e uso de medicamento.

Crianças	Idade	Série	Sexo	Escola	QI estimado WISC-III e IV	Diagnóstico	Uso Medicamento
C1	11	M	6° ano	Privada	107 Média	TDAH	Tofranil
C2	10	F	5° ano	Privada	107 Média	TDAH	Não
C3	8	M	3° ano	Privada	92 Média	TDAH	Não
C4	10	M	5° ano	Privada	107 Média	TDAH	Não
C5	11	M	5° ano	Privada	93 Média	TDAH	Não

Legenda: N (Número de Participantes); C (Criança) M (Masculino); F (Feminino); QI (Quociente de Inteligência) - WISC-III- Escala Wechsler de Inteligência para crianças (Figueiredo, 2002) e WISC-IV- Escala Wechsler de Inteligência para crianças (Wechsler, 2013).

3.5 Instrumentos

3.5.1 Instrumentos de Autoavaliação

1. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-2016: O Questionário se baseia no critério de classificação econômica do Brasil, para definir a classe social dentro dos padrões: A, B1, B2, C1, C2 e D-E. É um sistema de classificação econômica que identifica itens do domicílio para efeito de classificação econômica, água utilizada no domicílio (rede geral de distribuição ou poço), o trecho da rua do seu domicílio (asfaltada ou terra) e grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2016), vide anexo 1.

2. Escala Beck - Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI): São questionários de autorrelato utilizados para levantar a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão, tanto na área clínica quanto na pesquisa, com pessoas entre 17 a 80 anos. O BDI é uma escala que mede a intensidade da depressão. A escala contém 21 itens, cada um com quatro alternativas (0 a 3) que refletem níveis crescentes de gravidade da depressão, cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. O escore total é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala, resultando na

seguinte normatização: (a) nenhuma depressão ou depressão mínima; (b) depressão leve ou moderada; (c) depressão moderada a grave; e (d) depressão grave. O BAI é uma escala que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. A escala contém 21 itens e cada questão tem quatro alternativas que pontua o grau da severidade: absolutamente não; levemente-não me incomoda muito; moderadamente-muito desagradável mas posso suportar; e gravemente-difícilmente posso suportar. Cabe ao respondente indicar uma alternativa que melhor descreve o quanto se sente incomodado. O escore total é obtido mediante a soma do escore individual, para cada questão é pontuado uma escala de 0 a 3 pontos. O total dos escores individuais pode variar entre 0 e 63 pontos, classificando o nível dos sintomas como: mínimo; leve; moderado; e grave (Cunha, 2001).

4. Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”: O questionário investiga como a pessoa se sente a respeito da sua qualidade de vida. O instrumento é constituído por 26 questões, sendo duas perguntas sobre a qualidade de vida geral e 24 facetas divididas em quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O Domínio Físico envolve os problemas relacionados a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O Domínio Psicológico envolve sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais. Domínio Relações Sociais envolve relações pessoais, suporte e apoio social, atividade sexual. O Domínio Meio Ambiente, refere-se a segurança física e proteção ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, lazer e transporte. O instrumento foi desenvolvido a partir de uma abordagem transcultural, tendendo refletir a percepção que a pessoa avaliada tem de seu contexto cultural, social e do meio ambiente. As respostas seguem uma escala Likert com variações de 1 a 5 pontos, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. O escore total é obtido mediante a média de 1 a 5 por domínio e por faceta (Fleck et al., 2000).

6. Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp - ISSL: Permite identificar a sintomatologia psicológica e etiologicamente de quadro característico do estresse (fase de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) em pessoas na faixa etária entre 15 a 75 anos. O ISSL apresenta 19 itens de natureza psicológica, além disso, 37 itens de natureza somática, sendo que os sintomas muitas vezes reproduzidos, diferem apenas em sua intensidade e seriedade. O instrumento pode ser aplicado individualmente ou em grupos de até 20 pessoas, sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos. O diagnóstico de estresse é feito quando os

escores brutos, para a Fase de Exaustão é maior que oito, na de Alerta, maior que seis e para a Fase de Resistência, maior que três. O escore bruto é transformado em porcentagem em cada uma das fases descritas pelo teste, a maior porcentagem obtida indica a fase do estresse em que a pessoa se encontra (Lipp, 2000, 1994).

7. Inventário de Estilos Parentais - IEP: Tem como objetivo investigar a atitude dos pais na educação de seus filhos. São encontradas duas formas de apresentação do instrumento: 1º quando os pais respondem sobre as suas próprias práticas educativas usadas com seus filhos (material usado para a pesquisa em questão); 2º quando os filhos respondem sobre as práticas educativas de seus pais (práticas educativas maternas e práticas educativas paternas). Os respondentes marcam em cada questão um “x” no quadro (nunca, às vezes ou sempre) que melhor representa a frequência com que o comportamento acontece. No manual de aplicação, as práticas educativas estão expostas e são amparadas segundo a literatura existente na área. O IEP é composto por 42 questões que correspondem às sete práticas educativas, sendo duas práticas educativas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco práticas educativas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). O instrumento fornece o índice (escore bruto) de estilo parental predominante, esse deve ser transformado no percentil correspondente. Os percentis do IEP são agrupados conforme as quatro categorias apresentadas a partir dos tipos de práticas parentais utilizadas na educação dos filhos: a) estilo parental ótimo, com presença significativa das práticas positivas; b) estilo parental bom, ou seja, acima da média, no entanto faz-se necessário a leitura de livros de orientação das práticas parentais; c) estilo parental regular, porém abaixo da média, aconselha-se participarem de grupos de pais para treinamento e orientação; e d) estilo parental de risco, importante a participação dos pais em programa de intervenção terapêutica, em grupo, de casal ou individual, para orientar as consequências do uso das práticas negativas em detrimento das positivas (Gomide, 2006).

8. Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos – (ASR/18-59) Adult Self-Report Form for Ages 18-59: O Inventário para adultos, permite gerar três tipos de perfis: (a) Perfil que contém a escala de funcionamento adaptativo em relação às áreas de educação, trabalho, amigos, família e companheiro; (b) Perfil das escalas orientadas pelo DSM-5, composto por problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção com hiperatividade, problemas de personalidade antissocial, transtornos de comportamento e problemas de personalidade evitativa; (c) Perfil da escala das síndromes que incluiu ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas,

problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo e (d) problemas internalizantes, problemas externalizantes e problemas totais (soma de todas as escalas) (Achenbach & Rescorla, 2004, 2001).

9. Questionário- Roteiro de Adesão ao Programa e Nível de Satisfação: Tem como objetivo levantar a taxa de adesão ao método e estratégias utilizadas ao longo do programa, o grau de satisfação quanto ao conteúdo do programa e a modificação dos próprios comportamentos após a intervenção. Os pais respondem um questionário com 14 perguntas fechadas (pontuando as repostas como: Excelente; Muito Bom; Bom; Médio; Ruim), seis perguntas foram agrupadas dentro da categoria “Conteúdo do Programa” e oito em “Modificação do Comportamento”. O roteiro conta com mais três perguntas abertas para avaliar o efeito do programa, as práticas educativas parentais e as mudanças apresentadas pelos próprios participantes e de seus respectivos filhos, vide anexo 2.

3.5.2 Instrumentos de Avaliação das crianças respondidos pelos Pais

1. Roteiro de Anamnese - Reavaliação: O pai/cuidador respondem a uma entrevista estruturada que procurou investigar problemas de comportamento do filho. Além disso, levantou-se também, histórico das avaliações e intervenções realizadas ao longo do desenvolvimento da criança, vide anexo 3.

2. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18) – ChildBehaviorChecklist For Ages 6-18: O instrumento de avaliação comportamental oferece uma abordagem compreensiva para avaliar problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, e tem por objetivo delinear um perfil dos comportamentos frequentemente emitidos pela criança e pelo adolescente em suas relações sociais, atividades diárias e problemas emocionais. É um dos inventários de comportamento mais mencionados na literatura mundial, foi traduzido para mais de 30 idiomas devido ao rigor metodológico com que foi elaborado e por seu valor em pesquisa e utilidade na prática clínica. (Pesce, 2009). É dividido em perguntas abertas e fechadas; a primeira parte é composta por sete questões abertas com o intuito de investigar doenças, deficiências, desempenho escolar e relatos das preocupações dos pais sobre seus filhos. As questões referem-se à competência social e contém três escalas investigativas a serem analisadas: primeira escala refere-se à **atividade**, avalia a quantidade e qualidade da participação da criança em esportes, hobbies, atividades, jogos, tarefas e afazeres. A segunda escala se refere ao meio **social**, avalia a integração e

participação da criança em grupos sociais. E a terceira escala avalia o **desempenho escolar** da criança, incluindo situação de recuperação ou repetência e a presença ou ausência de problemas escolares. A segunda parte do instrumento é composta por 113 perguntas fechadas, nas quais o pai/mãe/responsável encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças e adolescentes e será convidado a identificar problemas de comportamento nos últimos seis meses (Achenbach & Rescorla, 2004, 2001).

3. Questionário de Sinais de Desatenção e Hiperatividade baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-DSM-5, vide anexo 4. É um roteiro estruturado que inclui dezoito perguntas, sendo que nove referem-se aos comportamentos de Desatenção e nove comportamentos Hiperativos e Impulsivos como descritos no DSM-5. As perguntas foram adaptadas para o contexto de realização de testes, os pais/cuidadores assinalam cada questão, de acordo a frequência com que o padrão comportamental ocorre, seguindo os critérios: (0) nunca ou raramente; (1) às vezes; (2) frequentemente ou (3) muito frequentemente.

3.5.3 Instrumentos de Avaliação das crianças respondidos pelos professores

1. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18) - Teacher's Report Form for Ages 6-18. O TRF6/18 é respondido pelo professor e possui itens compatíveis com o CBCL/6-18 referentes às escalas das síndromes de problemas de comportamento, escala total de competências e escalas orientadas pelo DSM. Porém, inclui escala do funcionamento adaptativo específico para o contexto escolar. Essa escala avalia o desempenho acadêmico e as características adaptativas do comportamento do aluno a partir do relato do professor (Achenbach & Rescorla, 2004; 2001). Ao administrar o TRF/6-18 no Brasil, o método mais utilizado é a autoadministração já que os professores de todas as regiões brasileiras já completaram o primeiro grau. Os entrevistados devem conhecer bem a criança e/ou adolescente, de preferência ter contato próximo, pelo menos nos últimos dois meses (Bordin et al., 2013).

2. Manual da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade. Auxilia na avaliação psicológica e no processo psicodiagnóstico em crianças e adolescentes nas faixas etárias de 6 a 17 anos com queixa do transtorno. O instrumento tem a finalidade de investigar sintomas comportamentais do TDAH em crianças e adolescentes no ambiente escolar, tendo o professor como fonte de informação. O professor avalia a desatenção e a hiperatividade (sintomas primários), bem como problemas de aprendizagem e comportamento antissocial

(sintomas secundários) no contexto escola. Além disso, a escala monitora os efeitos das intervenções psicológica, psicopedagógica e medicamentosa (Benzik, 2000).

3.5.4 *Instrumentos de Avaliação Neuropsicológica*

1. Teste de Desempenho Contínuo de Conners (*Conners' Continuous Performance Test II - CPT II*) (Conners, Epstein, Angold & Klaric, 2003; Epstein, Erkanli, Conners, Klaric, Costello & Angold, 2003). Existem vários estudos com a população brasileira, conduzido por (Miranda et al., 2012; Miranda, Sinnes, Pompéia, & Bueno, 2008). É um instrumento computadorizado que se propõe avaliar alguns dos mecanismos envolvidos na função da atenção-concentração. Consiste na seguinte apresentação, na tela de um computador os estímulos são representados por letras em sucessão e em intervalos variáveis de tempo. O respondente recebe instruções para pressionar a tecla de espaço ou o botão esquerdo do mouse, com a maior agilidade possível todas as vezes que surgir qualquer letra (A, B, C, D, E...), com exceção do (X) para o qual a resposta deverá ser suprimida. O teste avalia os erros e o tempo de reação nas várias fases de sua execução. Os dados são comparados a um banco de dados, que foi constituído a partir de resultados obtidos em populações clínicas (com provável TDAH) e em populações normais (sem características do transtorno). O resultado global é dado pela porcentagem da probabilidade de pessoas se situarem em uma das duas amostras que compõe o banco de dados. Além deste resultado global, são registrados indicadores sobre o estado de vigilância do teste durante sua duração. (Conners, Epstein, Angold & Klaric, 2003): Abaixo, a Tabela 5 apresenta os índices cognitivos do teste CPT e suas funções avaliadas: atenção seletiva; atenção sustentada e controle inibitório.

Tabela 5
Índices dos testes cognitivos e respectivas funções avaliadas

Teste	Índice	Função Avaliada
Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)	Detectabilidade: habilidade de discriminar entre alvos e não alvos.	Atenção seletiva
	Número de omissões: não resposta motora quando era esperado a resposta.	Atenção seletiva
	Número de comissões: resposta motora quando o correto era não resposta.	Controle inibitório
	Tempo médio de resposta (HRT – <i>Hit Reaction Time</i>).	Atenção seletiva
	Desvio padrão: consistência na velocidade da resposta.	Atenção seletiva e sustentada
	Variabilidade de consistência na velocidade da resposta.	Atenção seletiva e sustentada
	Perseverações: respostas aleatórias ou antecipadas	Controle inibitório
	HRT por mudança de bloco: alteração de velocidade de resposta entre blocos de ensaio.	Atenção sustentada
	Omissões por bloco: alvos perdidos por blocos.	Atenção seletiva e atenção sustentada
	Omissões por bloco: respostas incorretas a não alvos por bloco.	Controle inibitório e atenção sustentada
	HRT intervalo inter-estímulo (ISI): alteração na velocidade da resposta em diversos intervalos.	Atenção seletiva
	Omissões pelo ISI: alvos perdidos pelo ISI.	Atenção seletiva
Omissões pelo ISI: respostas incorretas a não alvos pelo ISI.	Atenção seletiva e controle inibitório	

Fonte: Marino (2015). Versão adaptada pela autora.

2. Teste de TRILHAS (TT): Nesta pesquisa foi usada a versão brasileira e validada de Montiel e Seabra (2012), esse instrumento avalia a flexibilidade cognitiva. Foi adaptado a partir do Trail Making Test, composto por números e letras, e com base nas versões de Epsy (1997), Epsy e Cwik (2004) e na descrição de Baron (2004). O teste possui duas partes (A e B) em que são apresentados letras e números alternados, sendo imprescindível a ligação dos itens por ordem alfabética e numérica. Considera-se o número de sequências corretas e o tempo de execução em cada parte do teste. A parte (A) consiste na avaliação da atenção sustentada a partir da apresentação de 12 letras (A até M) ou 12 números (1 até 12), colocados aleatoriamente para que o participante ligue os de acordo com a ordem alfabética ou numérica. Na parte (B), avalia flexibilidade mental e atenção alternada a partir das letras e números que aparecem randomizados na mesma folha, 12 letras (A até M) e 12 números (1 até 12). A tarefa baseia-se na ligação dos itens e necessita seguir alternadamente as sequências alfabética e numérica (A-1-B-2-C-3) no tempo estipulado.

3. Teste de Atenção por Cancelamento (TAC): O TAC foi desenvolvido por Montiel e Seabra (2012) e consiste em três matrizes impressas com diferentes tipos de estímulos. O avaliando deve assinalar os estímulos iguais ao estímulo-alvo. A Primeira parte do instrumento avalia a atenção seletiva e consiste em uma prova de cancelamento de figuras numa matriz impressa com seis tipos de estímulos (circulo, quadrado, triangulo, cruz, estrela, retângulo), num total de 300 figuras. A segunda parte também avalia a atenção seletiva, só que em uma atividade com

maior grau de dificuldade. Nesta segunda parte do teste, o avaliando deve buscar duas figuras geométricas (estímulo-alvo). Na terceira parte, a atenção seletiva também é avaliada, no entanto com demanda de alternância, sendo necessário mudar o foco de atenção em cada linha. Há tempo limite de 1 minuto para cada parte do teste, posteriormente são computados número de acertos e erros em cada parte e o total do teste (Montiel & Seabra, 2012).

4. Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4a Edição (WISC-IV): O WISC-IV é uma ferramenta de uso clínico, de aplicação individual em crianças e adolescentes nas faixas etárias entre 6 anos a 16 anos e 11 meses. É dividido entre Índices Fatoriais e Quociente de Inteligência Geral (QIG) e dispõe de quatro índices; 1º Índice de Compreensão Verbal (ICV), esse possibilita avaliar o raciocínio, compreensão e conceituação; 2º- Índice de Organização Perceptual (IOP) e mede a organização perceptual; o 3º Índice de Memória Operacional (IMO), analisa a atenção, a concentração e a memória operacional e 4º Índice de Velocidade de Processamento (IVP) que permite compreender a agilidade mental da pessoa avaliada. Além dos índices, o instrumento permite a soma do QI da Escala Total (QIG), pois mede a capacidade intelectual e o processo de resolução de problemas na avaliação neuropsicológica. Para este estudo foram utilizados apenas dois subtestes para cálculo do IMO (Wechsler, 2013). O IMO envolve um sistema de atividade cognitiva superior, como a compreensão da linguagem, leitura, aritmética e resolução de problemas (Aquino & Borges-Parana, 2019; Corso & Dorneles, 2012).

5. Teste dos Cinco Dígitos (FDT): Avalia de forma breve e simples a velocidade de processar a informação, a capacidade de focar, reorientar a atenção e de lidar com interferências. Esse instrumento permite descrever a velocidade e a eficiência do processamento cognitivo, a constância da atenção focada, a automatização progressiva da tarefa e a capacidade de mobilizar um esforço mental adicional quando as séries apresentam dificuldade crescente e exigem concentração maior. É composto por quatro partes: Leitura, Contagem, Escolha e Alternância. As duas primeiras medem processos simples e automáticos, enquanto as duas últimas medem processos mais complexos que requerem um controle mental ativo. É um teste multilíngue de funções executivas, baseado em conhecimentos linguísticos mínimos: a leitura dos dígitos e a contagem de quantidades, ambos de 1 a 5. Utiliza-se estas cinco quantidades como simples unidades cognitivas recorrentes dentro de tarefas de dificuldade crescente; o que permite medir a velocidade e a eficiência mental da pessoa, além de identificar imediatamente a diminuição na velocidade e na eficiência, características das pessoas com transtornos neurológicos ou psiquiátricos (Sedó, Paula & Malloy-Diniz, 2015).

3.6 Procedimentos

A Tabela 6 apresenta o fluxograma de cumprimento do estudo: (1) Análise do banco de dados (2) Constituição do grupo; (3) Avaliação pré-intervenção; (4) Aplicação do programa parental em um grupo de suporte familiar, treino de práticas educativas parentais; (5) Avaliação pós-intervenção; (6) *Follow up*; (7) Avaliação pós-*follow up*, devolutiva e entrega dos relatórios aos pais.

Tabela 6

Fluxograma de execução do estudo com apresentação das etapas do projeto, encontros e tempo.

ETAPAS	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS	TEMPO
1° Análise do banco de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração da lista de crianças com diagnóstico de TDAH. ▪ Contato com os pais, convite para participar da reavaliação. ▪ Reavaliação das Crianças ▪ Devolutiva dos Relatórios 	Um mês
2° Constituição do Grupo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contato com os pais, convite para participar da intervenção. ▪ Elaboração da lista dos pais que aceitaram participar da fase da Pré-Intervenção. 	Uma semana
3° Avaliação Pré-Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração do termo de consentimento e coleta de assinatura. ▪ Avaliação dos pais com objetivo de investigar: indicadores de ansiedade; estresse; depressão; qualidade de vida; práticas educativas parentais e habilidades sociais. ▪ Avaliação das crianças com questionários preenchidos pelos pais/cuidadores para averiguar os problemas de comportamento. ▪ Entrega aos pais dos instrumentos: TRF, Benczik (versão professor). ▪ Avaliação nas crianças para averiguar os prejuízos cognitivos e dificuldades comportamentais. 	2 (dois) encontros de 90 minutos. Crianças e Pais/cuidadores
4° Intervenção Parental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização dos encontros do programa de intervenção em práticas educativas parentais. 	9 (nove) encontros, sendo 1 (um) por semana, com duração de 120 minutos cada.
5° Avaliação Pós-Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação dos pais/cuidadores na fase pós intervenção. 	1 (um) encontro de 60 minutos. Pais/cuidadores
6° <i>Follow up</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigação do uso e das mudanças das práticas educativas negativas. ▪ Levantamento dos problemas de comportamento dos filhos. ▪ Esclarecimento das dúvidas e dos questionamentos. 	3 (três) encontros a cada 15 dias com duração de 120 minutos.
7° Avaliação Pós-<i>Follow up</i> Devolutiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação dos pais na fase pós-<i>follow up</i>. ▪ Avaliação de fechamento com as crianças. ▪ Elaboração dos relatórios. ▪ Devolutiva dos relatórios dos pais/cuidadores e das crianças. 	1(um) encontro de 60 minutos para avaliação- Pais/cuidadores e seus filhos 1(um) encontro de 30 minutos com cada família

3.6.1 *Primeira Etapa: Análise do banco de dados*

3.6.1.1 Processo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica em crianças e adolescentes com queixa de TDAH

Na primeira etapa analisou-se um banco de dados que inclui crianças e adolescentes avaliados no período de 2008 a 2017 do Protocolo de Avaliação Neuropsicológica, Comportamental e Clínica para Crianças e Adolescentes com Queixa de Desatenção e Hiperatividade do Programa PPG-DD da UPM, conforme o artigo de Carreiros et al. (2014). O protocolo de avaliação neuropsicológica, contempla quatro fases e cinco encontros. A 1º fase refere-se a triagem por telefone e na 2º fase, uma triagem presencial, tendo como propósito, investigar as queixas de TDAH e problemas cognitivo e de comportamento da pessoa avaliada. Na 3º fase as crianças e adolescentes que atendem aos critérios de inclusão passam por mais três encontros de avaliação complementar. O quinto e último encontro, envolve a 4º fase, os pais recebem a devolutiva e uma cópia do relatório com os resultados da avaliação e orientação sobre as condições de seus filhos. As especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados em cada um dos cinco encontros da avaliação, apresentam-se na Figura 3.

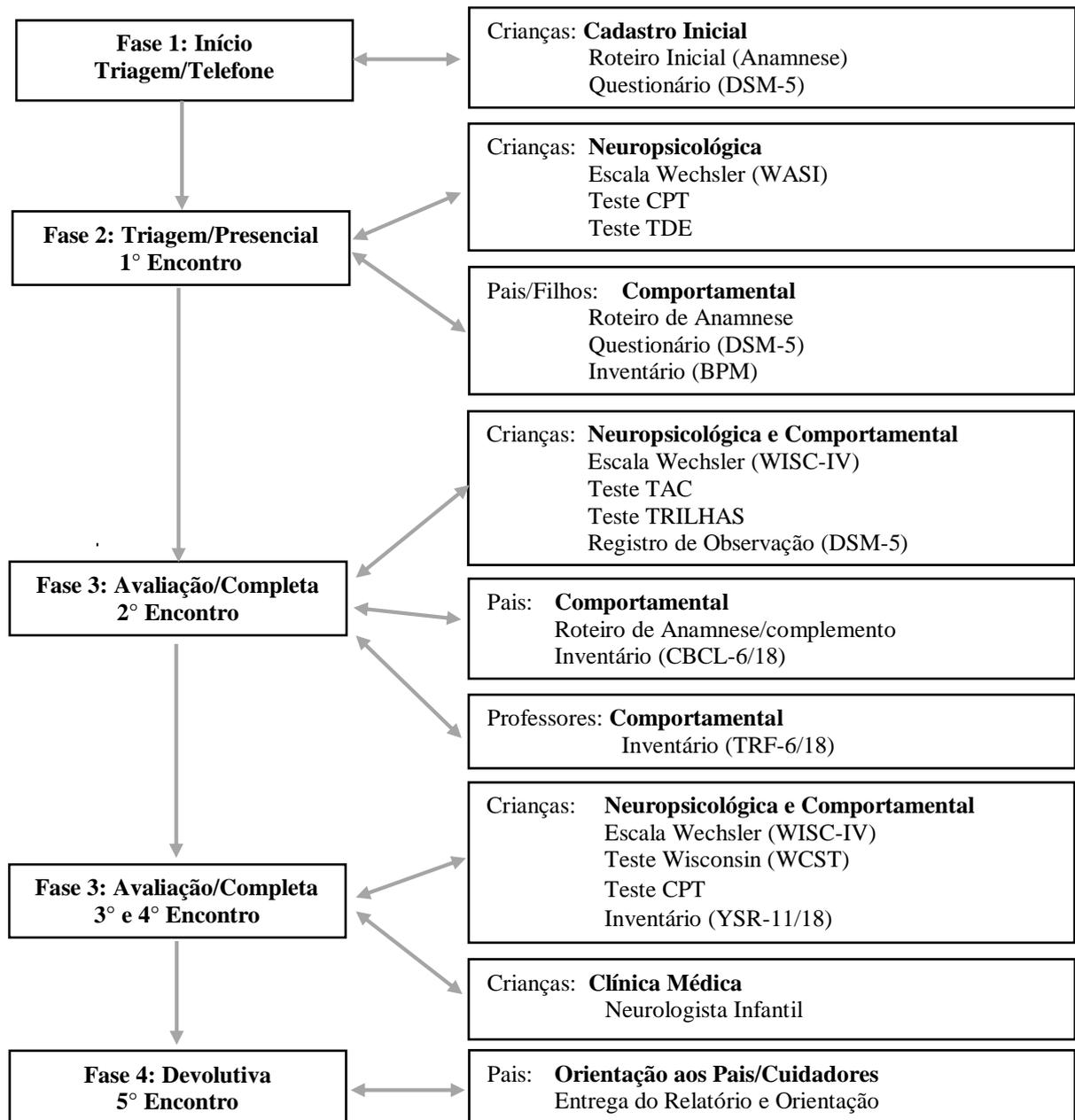


Figura 3. Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados nas fases de avaliação.

O protocolo avaliou até o momento da pesquisa, 177 crianças e adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade. Como um dos critérios de inclusão para essa pesquisa eram as crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, do total de crianças e adolescentes avaliados, apenas 48 cumpriam essa exigência. A Tabela 7 apresenta a caracterização da idade das crianças e adolescentes dentro da faixa etária encontrada, tendo variado entre (27,1%) crianças de 6 a 12 anos, (51,4%) adolescentes de 13 a 17 anos e, por fim, (21,5%) maiores que 17 anos.

Tabela 7

Distribuição da seleção das crianças e adolescentes avaliadas por faixa etária. São Paulo, 2017.

Faixa Etária	n°	%	% acumulada
6 a 12	48	27,1	27,1
13 a 17	91	51,4	78,5
>17	38	21,5	100
Total	177	100	

A Figura 4 especifica os passos concernentes a seleção dos participantes extraídos do banco de dados do protocolo de avaliação de Carreiros et al. (2014), bem como o levantamento inicial do número de crianças excluídas e incluídas nesta pesquisa. Das 177 crianças e adolescentes, foram excluídas 163, sendo que, 129 por conta da faixa etária, oito crianças por perda de segmento, quatro por apresentarem $QI < 80$ e 22 crianças por exibirem outros transtornos psiquiátricos e/ou do neurodesenvolvimento, como por exemplo, sinais de Transtorno do Espectro do Autismo, Dislexia e diagnóstico incompatível ao TDAH. Apenas 14 crianças puderam ser incluídas para a próxima fase da pesquisa.

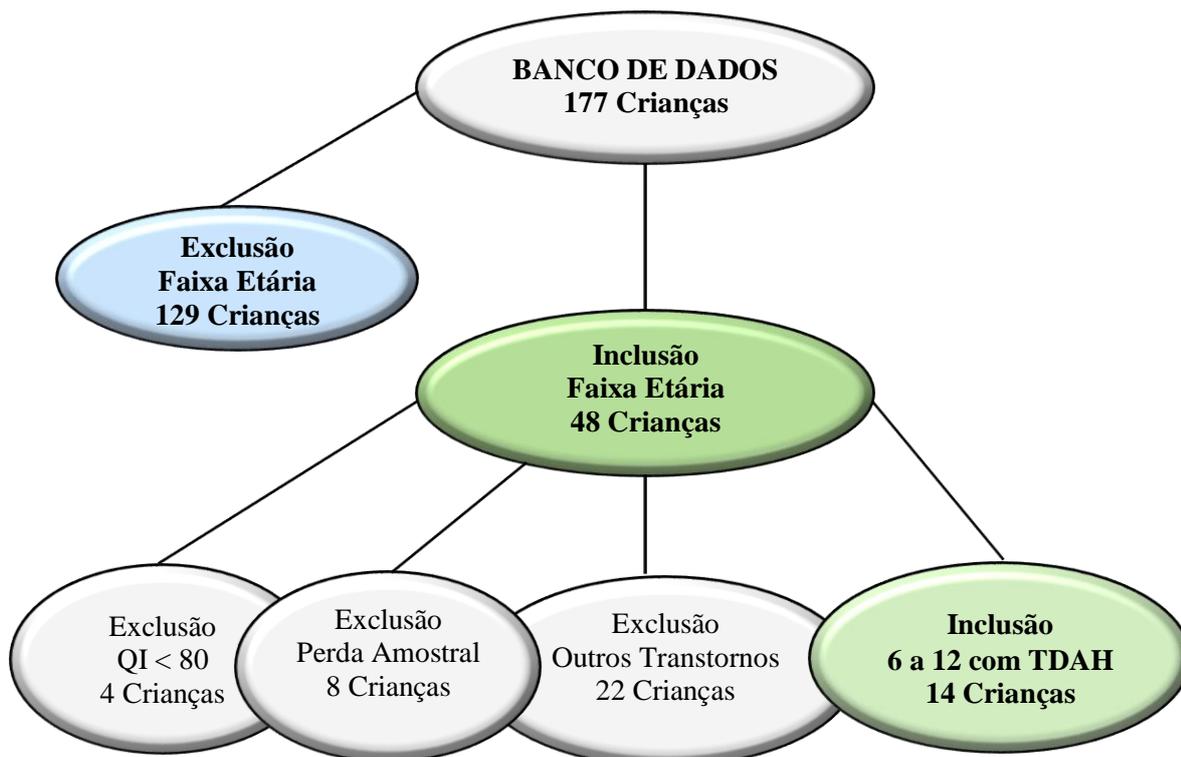


Figura 4. Especificidades relativas à seleção da amostra.

3.6.1.2 Reavaliação neuropsicológica e comportamental

Inicialmente, 14 crianças estavam dentro da faixa etária exigida para esta pesquisa, no entanto, outro critério de inclusão estava estabelecido, ou seja, a avaliação neuropsicológica realizada dentro de no máximo um ano vigente. A Tabela 8, apresenta as 5 crianças avaliadas entre 2016 a 2017 e as 9 crianças avaliadas entre 2013 a 2015, a essas foi feito o convite por telefone aos pais/cuidadores para participarem da reavaliação neuropsicológica e comportamental.

Tabela 8

Distribuição do ano de avaliação das crianças do protocolo de Carreiros et al. (2014). São Paulo, 2017.

Ano de Avaliação	n°	%
2013 a 2015	9	64
2016 a 2017	5	36
Total	14	100

As especificidades concernentes a instrumentos e procedimentos utilizados em cada uma das duas fases da reavaliação apresentam-se na Figura 5. O protocolo da reavaliação contemplou duas fases e dois encontros. A 1° fase teve como propósito, reavaliar as crianças com o diagnóstico de TDAH, com objetivo de investigar a manutenção dos sintomas após o diagnóstico do transtorno, dos problemas cognitivo e de comportamento. Nesta fase, foi preciso um encontro com os pais/cuidadores para responderem os instrumentos Roteiro de Anamnese, Inventário (BPM) e Questionário (DSM-5) sobre os comportamentos das crianças. Foi aplicado os instrumentos WISC-IV para verificar o índice de memória operacional (IMO), TAC, Trilhas, Registro de Observação (DSM-5) e Teste Computadorizado-CPT nas crianças. Na 2° fase e no último encontro, os pais/cuidadores receberam a devolutiva e o relatório com os resultados da avaliação.

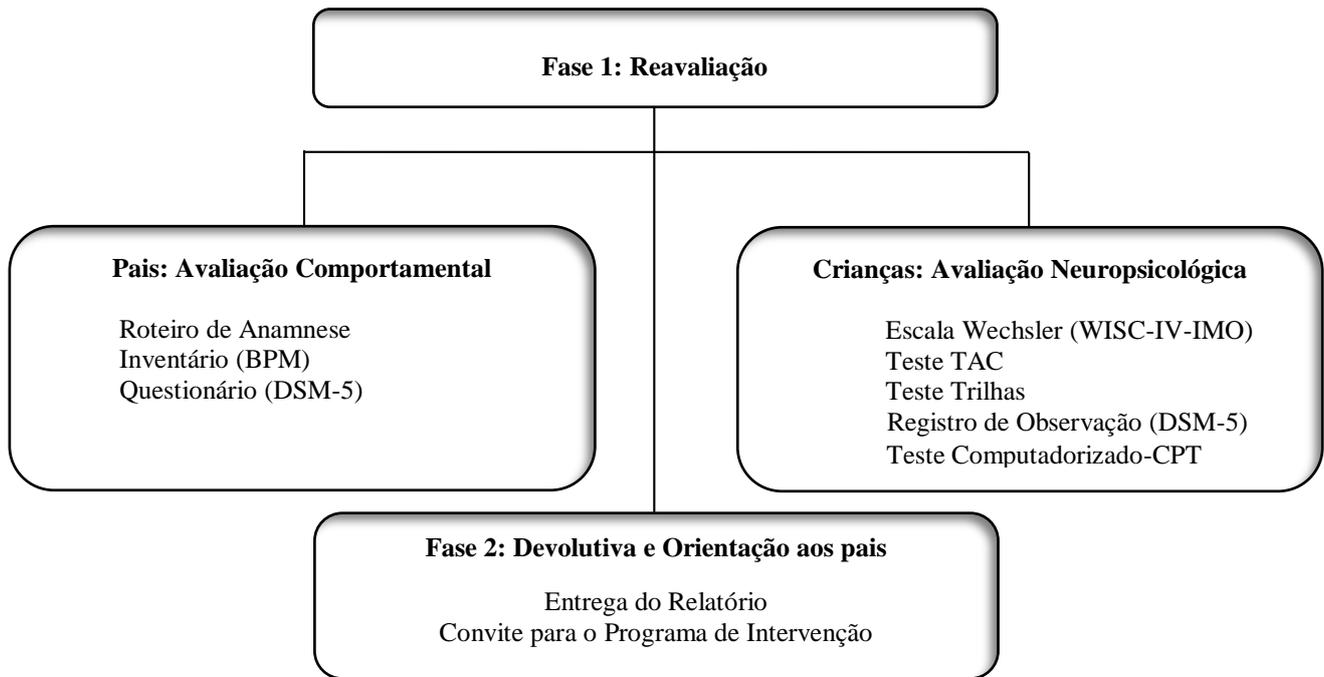


Figura 5. Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na reavaliação do estudo.

3.6.2 Segunda Etapa: Constituição do Grupo

Nesta etapa da pesquisa, os pais e seus respectivos filhos foram convidados a participar do programa de intervenção parental para pais de crianças com TDAH. O convite foi realizado pessoalmente as famílias que aceitaram participar da reavaliação, no dia da devolutiva e da entrega do relatório aos pais e seus filhos com TDAH. As crianças selecionadas que apresentavam relatórios vigentes a data da seleção, os pais/cuidadores foram convidados participar do projeto por telefone, neste momento foi esclarecido aos pais os procedimentos, as etapas e os objetivos do programa parental. Das crianças selecionadas, somente oito pais e seus filhos aceitaram o convite para participar da fase pré-intervenção, totalizando assim, 10 pais/cuidadores, sendo dois casais (pai e mãe), cinco mães e um pai.

A Figura 6 menciona os passos concernentes à composição dos participantes que aceitaram participar da pré-intervenção, bem como o número de crianças e seus respectivos pais e professores.

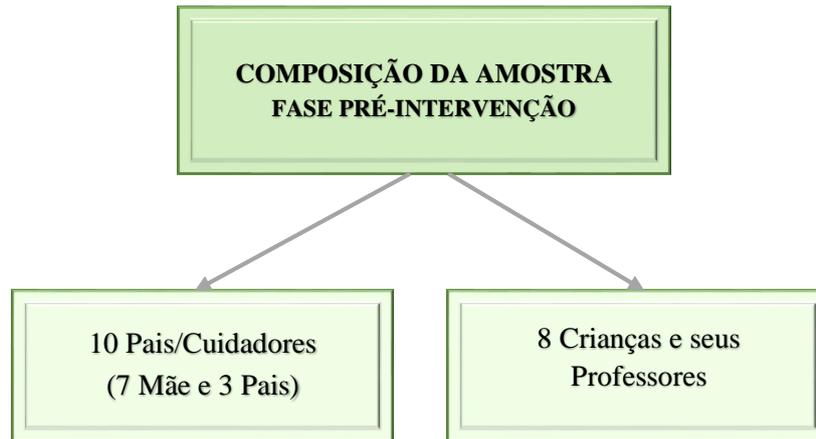


Figura 6: Especificidades relativas a seleção da amostra.

3.6.3 Terceira Etapa: Avaliação Pré-Intervenção

A Tabela 9 apresenta a descrição da avaliação na fase Pré-Intervenção dos pais, crianças e seus respectivos professores. Com relação à caracterização dos participantes, para esta etapa, cinco crianças e seus respectivos pais concluíram a fase Pré-Intervenção e aceitaram o convite para participar do grupo de intervenção. Outras três famílias não concluíram essa fase e foram desligadas do projeto.

Tabela 9

Descrição dos participantes, pais e crianças, avaliados na pré-intervenção.

Mães	Pais	Crianças	Ano de Avaliação Neuropsicológica	Ano de Reavaliação Neuropsicológica	Avaliação Pré-Intervenção Pais e Crianças
M1	P1	C1	2013	2017	2017
M2	.....	C2	2014	2017	2017
M3	P3	C3	2016	*	2017
.....	P4	C4	2013	2017	2017
M5	.....	C5	2013	2017	2017
M6	.....	C6	2015	2017	Não Concluiu
M7	.....	C7	2017	*	Não Concluiu
M8	.....	C8	2015	2017	Não Compareceu

Legenda: M (Mães); P (Pais); C (Crianças); *ano de avaliação neuropsicológica ainda vigente

A avaliação Pré-Intervenção foi realizada em dois encontros de aproximadamente 60 minutos de duração para os pais/cuidadores e um encontro de 60 minutos de duração para as crianças. Para as crianças que passaram pela reavaliação, foram aplicados somente os instrumentos complementares. **Delineamento dos encontros:** Os pais receberam os

instrumentos de forma individual e foram assistidos e instruídos quanto ao processo de preenchimento. Os cadernos e/ou folhas de respostas foram entregues aos pais, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o pesquisador orientou quanto às instruções e manteve-se na sala para acompanhar o final do preenchimento de todos os questionários. Para avaliar os problemas de comportamento das crianças, os pais/cuidadores responderam aos instrumentos compatíveis à observação dos comportamentos no ambiente familiar, enquanto os professores de seus filhos responderam os questionários compatíveis a observação dos comportamentos no ambiente escolar. Para investigar problemas cognitivos, as crianças foram avaliadas em salas separadas dos pais e receberam as instruções e acompanhamento individual. Essa etapa foi conduzida pela doutoranda com formação em Psicologia (aluna responsável pela pesquisa), recebeu auxílio de alunos de Graduação em Psicologia.

As especificidades relativas aos instrumentos e procedimentos utilizados na terceira etapa de avaliação Pré-Intervenção apresentam-se na Figura 7.

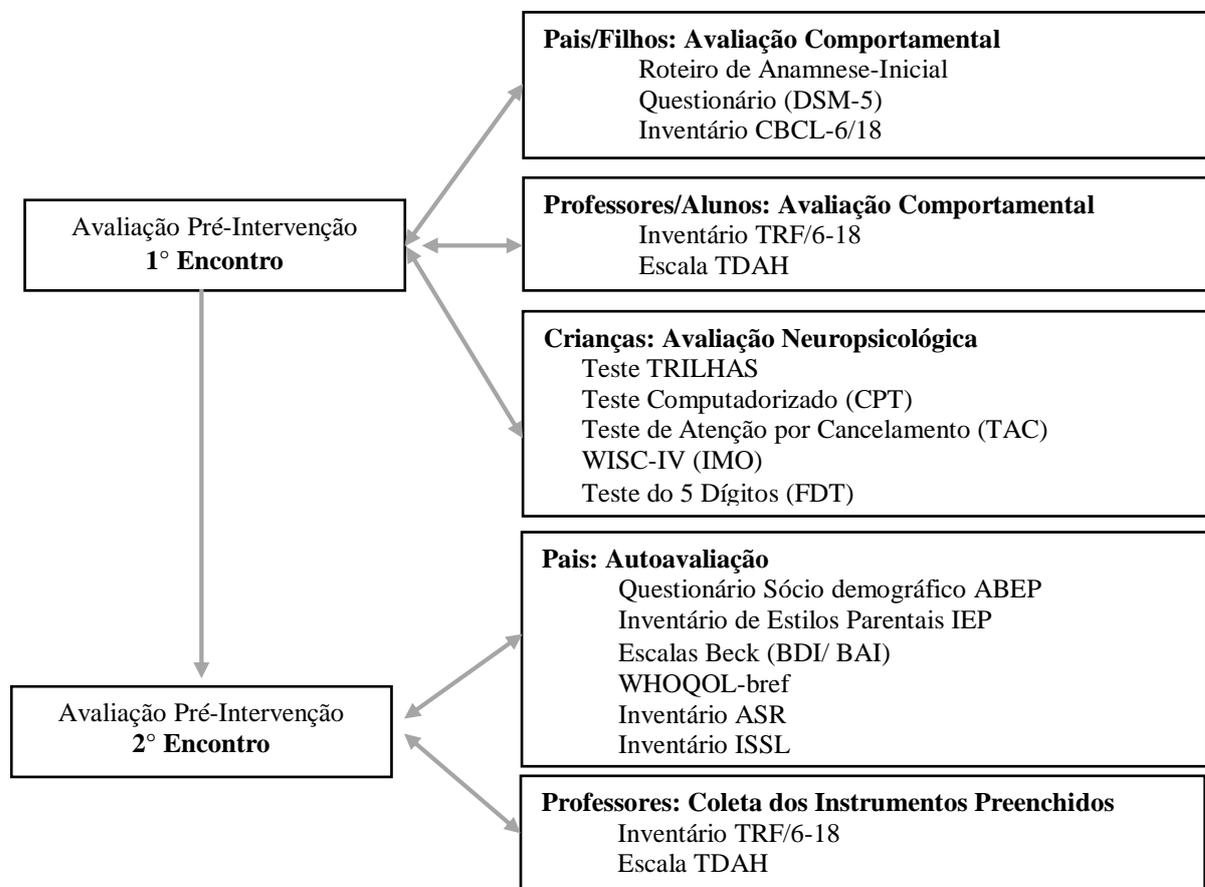


Figura 7. Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 3ª etapa de pré-intervenção.

3.6.4 Quarta Etapa: Programa de Intervenção em Práticas Educativas Parentais

Na quarta etapa, foi elaborado e aplicado o programa parental de práticas educativas, vide Tabela 12. O trabalho, foi organizado com base em dois programas de orientação e intervenção para pais. O primeiro envolve o “Programa de Qualidade na Interação Familiar” de Weber, Salvador & Brandenburg (2014) e Weber, Brandenburg & Salvador (2006), em que orienta e capacita pais, para que eles mesmos aprendam a manejar as contingências de práticas educativas, como a participação e envolvimento na vida dos filhos, estabelecer regras claras e consistentes, valorizar comportamentos adequados dos filhos, aumentar a frequência de elogiar e diminuir ou abandonar o uso de palmadas. O programa de intervenção foi realizado em oito encontros para treinamento de pais, com enfoque nos seguintes temas: (1) Abertura-Princípio da Aprendizagem; (2) Regras e Limites; (3) Consequências para Comportamentos Adequados; (4) Consequências para Comportamentos Inadequados; (5) Relacionamento Afetivo e Envolvimento; (6) Voltando no Tempo; (7) Autoconhecimento e Modelo; (8) Revisão e Encerramento.

Outro trabalho consultado, se refere a cartilha de “Pais como Co-terapeutas: Treinamento em Habilidades Sociais como Recursos Adicionais” de Pinheiro, Del Prette e Haase (2002), que foi planejada com o intuito de desenvolver habilidades sociais no treinamento de pais. Esse estudo refere-se a um programa pensado em uma sequência de 9 passos, sendo que cada passo propõe uma ou mais atividades para pais realizarem com e para os seus filhos. O estudo aborda os seguintes temas: (1) Porque as crianças se comportam de maneira inadequada; (2) Prestando atenção no bom comportamento do filho-recreio especial; (3) Prestando atenção na brincadeira independente; (4) Prestando atenção no comportamento obediente; (5) Ensinando a ler o ambiente; (6) Dando ordens eficientes; (7) Melhorando o comportamento na escola; (8) Representação de papéis; (9) Desenvolvendo a capacidade de se expressar.

Seguindo os modelos supracitados, o presente Programa de Intervenção em Práticas Educativas Parentais para pais/cuidadores de crianças com TDAH, foi realizado em 9 sessões com duração de aproximadamente 120 minutos cada, que incluiu os seguintes temas: (1) Conhecimento sobre o TDAH; (2) Comportamentos Adequados e Inadequados; (3) Relacionamento Afetivo e Envolvimento; (4) Conhecimento sobre Práticas Educativas Parentais; (5) Regras e Limites; (6) Autoconhecimento, Práticas Educativas Positivas e Negativas; (7) Práticas educativas Negativas versus Consequências; (8) Práticas educativas Positivas versus Consequências; (9) Fechamento, Revisão e Encerramento.

Para trabalhar com o grupo de pais, uma das técnicas usadas apoiou-se no material de Tisser (2016), vide anexo 5. O Baralho do TDAH, que é uma ferramenta que propõe estudar os conceitos da psicoeducação, automonitoramento, treino para solução de problemas e de reestruturação do sistema de crenças. O material tem como objetivo auxiliar familiares e pacientes a compreenderem os sintomas e prejuízos recorrentes no transtorno. O instrumento oferece três cartões demonstrativos para trabalhar com a psicoeducação e dois para trabalhar a tríade cognitiva (visão de si, visão dos outros e visão de si no futuro), uma carta para menino e outra para menina. Além disso, contém mais 36 cartas, sendo oito cartas que representam sintomas do TDAH para meninos, oito para as meninas, mais 10 cartas (dez meninos e dez meninas) com situações dos sintomas do TDAH, tais como “não espera a sua vez”, “evita atividades que envolvam esforços mentais” etc.

Para trabalhar com psicoeducação sobre as práticas educativas parentais, foi elaborado um material nomeado como Baralho dos Estilos Parentais (BEP). O material tem como objetivo desenvolver a autopercepção dos pais/cuidadores sobre o seu próprio comportamento, com intuito de mobilizá-los para a mudança de atitude quanto aos problemas recorrentes de suas práticas educativas parentais. O BEP foi organizado para complementar o conhecimento dos pais/cuidadores sobre as suas próprias atitudes na condução da educação de seus filhos. O material foi fundamentado aplicando os conceitos dos trabalhos realizados por Gomide (2006) e Weber et al. (2004).

O BEP contém sete Cartões de Psicoeducação sobre as Práticas Educativas Negativas versus Consequências e três Cartões de Psicoeducação sobre as Práticas Educativas Positivas versus Consequências. Além disso, o material contém mais 100 cartas elaboradas com cenas (figuras) e situações (frases) que correspondem às práticas educativas, essas foram divididas em 70 cartas para as práticas educativas negativas e 30 cartas para as práticas educativas positivas. As cartas do BEP correspondentes às cenas e situações pertinentes às práticas educativas negativas foram agrupadas em 10 cartas para Punição Inconsistente (PI), 10 para a Monitoria Negativa (MN), 10 para o Abuso Físico (AF), 10 para a Disciplina Relaxada (DR), 10 para a Negligência (N), 10 para o estilo Autoritário (A) e 10 para o Permissivo (P). A Tabela 10 contém exemplos de situações e cenas do BEP correspondentes as práticas educativas negativas.

Tabela 10

Exemplos de situações e cenas empregadas no BEP correspondentes as práticas educativas negativas.

Práticas Educativas Negativas: Cenas e Situações	
<p>Punição Inconsistente</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.123rf.com/photo_61633247_m%C3%A3e-repreende-a-crian%C3%A7a-clipe.html</p>	<p>Quando estou de mau humor, sou mais rígido (a) com meu filho (a), mesmo quando ele (a) age adequadamente;</p>
<p>Monitoria Negativa</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.123rf.com/photo_26546843_illustration-of-upset-young-mother-scolding-teenager-angry-boy.html?fromid=Yzg4WEVSZi9CWmE3MkdSTTdGOGNKdz09</p>	<p>Eu sou pouco exigente com meu filho (a) e pouco afetuoso, dou pouco limite e pouco afeto.</p>
<p>Abuso Físico</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.123rf.com/photo_67754546_cartoon-father-scolding-hisson.html?fromid=dIRMak1iMGxhYWhRSFJHdUNwbmFmdz09</p>	<p>Considero que umas palmadas são necessárias e não fazem mal ao meu filho (a);</p>
<p>Disciplina Relaxada</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.freepik.com/vetores-premium/criancas-fazendo-bagunca-no-vetor-de-desenhos-animados-de-sala-de-estar_3940115.htm</p>	<p>Quando meu filho (a) não cumpre os acordos combinados, falo que vou deixá-lo de castigo, fico com pena e não cumpro.</p>
<p>Negligência</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.mundopsicologos.com/artigos/o-que-fazer-quando-o-filho-da-trabalho-na-escola</p>	<p>Eu não tenho tempo para estabelecer regras e limites para meu filho (a), ele deve ser responsável;</p>
<p>Autoritário</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.123rf.com/photo_39112411_cartoon-father-scolding-unhappy-boy-isolated.html?fromid=cTd0bjZjblM4UmR4U2w5SkIBd3owZz09</p>	<p>Eu sou muito exigente com meu filho (a) e pouco afetuoso, dou muito limite e pouco afeto;</p>
<p>Permissivo</p>  <p>Fonte: Google Imagem: https://br.123rf.com/photo_22528723_vector-cartoon-illustration-of-an-angry-mother-and-her-daughter-having-a-quarrel.html?fromid=TIJiSVFXTV2k2QzErRW9VSUdVTzdPdZ09</p>	<p>Frequentemente eu fico confuso e não sei como agir quanto ao comportamento do meu filho (a), deixo ele livre para fazer tudo.</p>

Quanto as cenas e situações das práticas educativas positivas, foram agrupadas em 10 cartas para a Monitoria Positiva (MP), 10 para Comportamento Moral (CM) e 10 para Participativos Democráticos (PD). A Tabela 11 contém exemplos de situação e cenas do BEP correspondentes as práticas educativas positivas.

Tabela 11

Exemplos de situações e cenas empregadas no BEP correspondentes as práticas educativas positivas.

Práticas Educativas Positivas –Cenas e situações	
<p>Monitoria Positiva</p> 	<p>Envolver-me com as atividades escolares do meu filho (a). Coloco-me disponível para ajudar nos horários combinados para as tarefas;</p>
<p>Fonte: Google Imagem: https://pt.pngtree.com/freepng/mother-teaching-her-children-illustration_3600460.html</p>	
<p>Comportamento Moral</p> 	<p>Explico quais os comportamentos adequados que meu filho (a) deve ter em certos lugares e/ou situações;</p>
<p>Fonte: Google Imagem: https://pt.pngtree.com/freepng/teacher-teaching-children-to-write-free-pictures_4695920.html</p>	
<p>Participativo Democrático</p> 	<p>Considero importante dar atenção, cuidado e carinho para meu filho (a), bem como, estabelecer regras e limites.</p>
<p>Fonte: Google Imagem: https://pt.pngtree.com/freepng/world-book-day--accompanying-children-to-read_4463916.html</p>	

Delineamento das sessões: O Programa Parental adotou os fundamentos teóricos e as leis da dinâmica grupal, baseou-se nos conceitos de Zimmerman (1997), desde o planejamento da formação do grupo até a análise de seu funcionamento durante o curso evolutivo da intervenção e procurou-se acentuar algumas formas de manejo técnico diante dos diferentes aspectos e fenômenos que surgiram no campo grupal. O planejamento da intervenção envolveu conhecimentos, equipamentos e experiências. Abaixo, são apresentados alguns elementos técnicos que foram considerados ao planejar a intervenção parental:

- O enquadre (*setting*) é um importante elemento técnico por representar a criação de um novo espaço para reexperimentar e ressignificar fortes e antigas experiências emocionais, estabelece delimitação de papéis e de posições, de direitos e deveres entre o que é desejável e o que é possível;
- O manejo das resistências é um instrumento técnico necessário para lidar com as resistências que surgem no campo grupal. É importante o coordenador discriminar entre

as resistências inconscientes que de fato são obstrutivas e que visam impedir a livre evolução do grupo, “e aquelas outras resistências que são bem-vindas ao campo grupal e porquanto estão dando uma clara amostragem de como o self de cada um e de todos aprendeu a se defender na vida contra o risco de serem humilhados, abandonados, não-entendidos, etc” (Zimerman, 1997, p.36).

- O manejo dos aspectos transferenciais no campo grupal e as manifestações adquirem uma complexidade maior que no individual, uma vez que nele surgem as denominadas “transferências cruzadas”, que indicam a possibilidade da instalação de quatro níveis de transferência grupal: “de cada indivíduo para com os seus pares, de cada um em relação à figura central do coordenador, de cada um para o grupo como uma totalidade, e do todo grupal em relação ao coordenador” (Zimerman, 1997, p.37). Os sentimentos transferenciais não representam exclusivamente uma repetição de antigas experiências emocionais com figuras do passado, mas pode refletir novas experiências vivenciadas com a pessoa real do coordenador e com cada um dos demais integrantes do grupo;
- O manejo dos *actings*/atuação, representa uma determinada conduta que se processa como forma de substituir sentimentos que não conseguem se manifestar no plano consciente;
- O grupo é um excelente campo de observação de como são transmitidas e recebidas as mensagens verbais, com as possíveis distorções e as reações por parte de todos. A comunicação seja ela verbal ou múltiplas formas de linguagem não verbais, outra técnica considerada;
- Atividade interpretativa, refere-se ao uso de recursos como perguntas que instiguem reflexões, clareamentos, assinalamentos de paradoxos e contradições, um confronto entre a realidade e o imaginário, a abertura de novos vértices de percepção de uma determinada experiência emocional;
- Funções do ego, consiste em ensinar os participantes a usarem as funções de saber escutar ao outro, de cada um ver o outro, de poder pensar no que está sendo ouvido e nas experiências emocionais pelas quais eles estão passando;
- “Papéis” é a transparência do desempenho de papéis por parte de cada um dos componentes, representa uma das técnicas mais relevantes que permeiam o campo grupal, pois a pessoa executa os papéis nas diversas áreas de sua vida, seja na profissional, social, familiar etc;

- A compreensão e o manejo da técnica do vínculo se tornam excelentes recursos no trabalho com o grupo. Envolve: vínculos, amor contra o ódio, conhecimento e reconhecimento, possibilita um melhor manejo técnico com os problemas ligados as diversas formas de amar e de agredir ou interação entre ambas, favorece a clareza na compreensão da circulação de verdades ou da falsidade, o reconhecimento e o pertencimento;
- O término ou fechamento refere-se ao tempo que designa uma combinação prévia como no caso do grupo fechado. Possibilita uma definição de critérios para o término e um manejo adequado para cada situação em particular;
- Atributos de um coordenador do grupo, envolve conhecimento (provindos de muito estudo e de leituras), habilidades (treino e supervisão) e atitudes.

De modo geral, respeitou-se as fases de realização do trabalho em grupos como de acordo com Pinheiro (2015) e Afonso (2006):

- Pré-análise, envolve o levantamento dos dados e dos aspectos importantes sobre a problemática a ser discutida em cada sessão, numa análise psicossocial;
- Enquadre e Foco, abrange o número de participantes e os temas referentes ao cotidiano do grupo, com transmissão acessível das informações apresentadas;
- Planejamento flexível na postura do coordenador ao identificar a necessidade de mudanças no *design* inicial.

Os encontros foram coordenados pela pesquisadora e contou com a colaboração de dois alunos de graduação em Psicologia para anotarem na ficha de “Protocolo de Registro: Intervenção Parental”, vide anexo 6, as falas dos pais/cuidadores, comportamentos e expressões (faciais e verbais) no momento das atividades. O trabalho em grupo foi realizado num espaço amplo com mesa, cadeiras, computador e *datashow*. Foi oferecido aos pais a oportunidade de levarem seus filhos, caso não tivessem com quem deixá-los em casa. As crianças ficaram em uma sala separada com dois alunos de graduação em Psicologia, neste ambiente ofertou-se atividades lúdicas e recreativas, assim como recepção com alimentos, sucos, água, bolo e bolachas.

Na Tabela 12 serão delineados os temas da intervenção parental: objetivos, etapas e procedimentos aplicados concernentes aos encontros.

Tabela 12
Intervenção Parental: Temas, objetivos, etapas e procedimentos.

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">1º Conhecimento sobre o TDAH</p>	<p>Apresentar e Integrar o Grupo, mostrar o Programa, definir o Contrato e Trabalhar com as noções sobre TDAH.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Constituição e Contrato Grupal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração do Grupo e da Proposta. ➤ Apresentação do Programa. ➤ Dinâmica: Rede de Apoio. ➤ Fechamento do Contrato. ➤ Expectativa do Grupo.
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação sobre o TDAH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividade: Levantamento sobre o TDAH. <p>O que você sabe sobre o TDAH?</p> <p>O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH?</p> <p>Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente?</p> <p>Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o TDAH e Funções Executivas. ➤ Treinamento: Baralho do TDAH, vide anexo 5.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Tarefa de Casa: 1º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportamento Adequado e Inadequado, vide anexo 7. ➤ Observar e anotar comportamentos que considera adequados. ➤ Observar e anotar comportamentos que considera inadequados. <p>O que você costuma fazer quando o seu filho se comporta de maneira adequada?</p> <p>O que você costuma fazer quando o seu filho se comporta de maneira inadequada?</p>

Fonte: Tisser (2016); Weber et al. (2014); APA (2014).

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">2º Comportamento Adequado e Inadequado</p>	<p>Sensibilizar os pais para a percepção dos comportamentos dos filhos; valorizar os comportamentos adequados e apresentar possíveis soluções para lidar com os comportamentos inadequados.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Retomada do 1º Encontro. Retomada do 1º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1º Desafio: Comportamento Adequado e Inadequado. ➤ Observar e anotar comportamento que considera adequado. ➤ Observar e anotar comportamento que considera inadequado. <p>O que você costuma fazer quando seu filho se comporta de maneira adequada? O que você costuma fazer quando seu filho se comporta de maneira inadequada?</p>
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação sobre Comportamento Adequado e Inadequado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema ➤ Atividade: Cena: Teatro Pais e Filhos, vide anexo 8. ➤ Exercício: Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade? ➤ Treinamento de Habilidades. Teatro Pais e Filhos, vide anexo 9. ➤ Reflexão: O que foi exagerado ou inadequado em cada uma das cenas?
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Tarefa de Casa: 2º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão: Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe, vide anexo 10. ➤ Anotar ocasiões em que conseguiu transformar o seu amor em ação, em prática. E reflita se foi fácil ou difícil e como foi a reação do seu filho (a) filho(a)? Vide anexo 11. ➤ Anotar como ofereceu consequências, depois do seu filho ter se comportado mal. Como a criança reagiu diante de sua atitude? Vide anexo 12.

Fonte: Tisser (2016); Weber et al. (2014); Weber (2007); Pinheiro et al. (2002).

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
3º Relacionamento Afetivo e Envolvimento	Sensibilizar os pais para a empatia com seus filhos, pontuar a importância de demonstrar afeto, participar e se envolver efetivamente na vida das crianças. Reflexão sobre a qualidade da relação entre pais e filhos. 120 Minutos	<p align="center">Parte 1</p> Retomada do 2º Encontro. Retomada do 2º Desafio.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão: Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe. ➤ 2º Observar e anotar de que forma você tem demonstra afeto pelos seus (a) filho(a)? ➤ Anotar como você ofereceu consequências, depois de ele ter se comportado mal, e como ele reagiu diante de sua atitude?
		<p align="center">Parte 2</p> Psicoeducação sobre Relacionamento Afetivo e Envolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. ➤ Atividade: Você Conhece Bem o Seu Filho, vide anexo 13. ➤ Atividade: Treino de Habilidades. ➤ Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família. Exemplo: brincar com jogos, ler histórias, contar histórias engraçadas sobre sua própria infância, etc. Folha de Registro, vide anexo 14.
		<p align="center">Parte 3</p> Tarefa de Casa: 3º Desafio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão: Leitura do Texto: Paternidade Responsável, vide anexo 15. ➤ Expressando sentimento de amor, vide anexo 16.
Fonte: Weber et al. (2014); Weber (2007); Weber et al. (2006); Pinheiro et al. (2002).			

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">4 Conhecimento sobre as Práticas Educativas Parentais</p>	<p style="text-align: center;">Introduzir e identificar nas relações familiares o tema: Práticas Educativas Parentais.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p style="text-align: center;">Retomada do 3º Encontro. Retomada do 3º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão: Leitura do Texto: Paternidade Responsável. ➤ 3º Desafio: Expressando sentimento de amor <p style="text-align: center;">Anotar três ocasiões em que foi possível transformar o amor em ação.</p>
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p style="text-align: center;">Psicoeducação sobre Introdução. Práticas Educativas Parentais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. ➤ Atividade: Relaxamento, vide anexo 17. ➤ Atividade: Voltando no Tempo – Escrever, vide anexo 18. ➤ Atividade: Voltando no Tempo – Pintar, vide anexo 19.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p style="text-align: center;">Tarefa de Casa: 4º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leitura do Texto: Perdão, vide anexo 20. ➤ Levantamento da Lista de Brinquedos que os filhos já têm em casa. ➤ Brincar com o filho. Observar o comportamento no momento das brincadeiras.

Fonte: Weber et al. (2014); Weber (2007); Gomide (2006).

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
5 Regras e Limites	Mostrar para os pais a necessidade de regras claras, consistentes e coerentes, bem como a necessidade de monitoria do comportamento das crianças para propiciar um desenvolvimento adequado. 120 Minutos	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Retomada do 4º Encontro. Retomada do 4º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividade: Relaxamento, vide anexo 21. ➤ Discussão do texto: Perdão. ➤ 4º Desafio: Lista de Brinquedos. ➤ Atividade. Durante os jogos e brincadeiras as crianças são expostas a pensar, refletir, analisar, experimentar e criar: É possível observar os sentimentos e as emoções envolvidas? O que foi observado? Quais foram as regras negociadas?
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação sobre Regras e Limites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. Pontos importantes sobre regras e limites. A função do brincar para trabalhar regras e limites e desenvolver habilidades cognitivas.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Tarefa de Casa: 5º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividade. Divirta-Se Com Seus Filhos! Vide anexo 22. ➤ Lista de Brinquedos (proposto pelos pais), vide anexo 23. ➤ Atividade. Proposta de Observação: Regras e limites, vide anexo 24.
Fonte: Machado et al. (2017); Weber et al. (2014); Gomide (2014; 2006); Borges (2008); Nallin (2005).			

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
6° Autoconhecimento (Práticas Educativas - Positivas e Negativas)	Sensibilizar e propiciar o autoconhecimento e a mudança de comportamento a partir das informações sobre as práticas educativas positivas e negativas. 120 Minutos	<p align="center">Parte 1</p> Retomada do 5° Encontro. Retomada do 5° Desafio.	<ul style="list-style-type: none"> ➤Exercício: Relaxamento dos Músculos, vide anexo 25. ➤Atividade: Quem vai para a Lua. Fazer os pais vivenciarem sentimento de insegurança, frustração e medo da punição por não conhecerem a regra vigente, possibilitando oportunidade para perceber e sentir, situação em que as regras não estão claras e bem estabelecidas. <ul style="list-style-type: none"> ➤Leitura do Texto: Divirta-se Com Seus Filhos! ➤5° Desafio: Proposta de Observação: Regras e limites.
		<p align="center">Parte 2</p> Psicoeducação sobre Autoconhecimento e aprofundamento das práticas educativas positivas e negativas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤Slide: Aula Expositiva sobre o Tema – Aprofundamento sobre o Tema. ➤Atividades: Baralho dos Estilos Parentais (BEP) ➤Exercício: Escolha duas situações referentes as “práticas educativas positivas” e duas “práticas educativas negativas” as quais se identificam. Comentar a escolha.
		<p align="center">Parte 3</p> Tarefa de Casa: 6° Desafio	<ul style="list-style-type: none"> ➤Comportamento que gostaria de mudar, vide anexo 26. ➤Leitura do Texto: A casa dos mil Espelhos, vide anexo 27.

Fonte: Machado et al. (2017); Weber et al. (2014); Weber (2007); Gomide (2006).

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">7</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Práticas Educativas Negativas versus Consequências</p>	<p>Conscientizar os pais sobre as práticas educativas negativas. Propiciar a identificação de dificuldades cotidianas frente aos comportamentos inadequados da criança com TDAH e desenvolver formas adequadas e efetivas de lidar com estas.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Retomada do 6º encontro. Retomada do 6º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão. Leitura do Texto: A casa dos mil Espelhos. ➤ Que tipo de reflexos você vê no rosto de seu filho? ➤ 6º Desafio: Exercício: Comportamentos que gostaria de mudar. Durante a semana, quantas vezes você emitiu este comportamento? Apresente alternativas, ou seja, como poderia ter agido em cada situação?
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação: Aprofundar o conhecimento das práticas educativas negativas e suas consequências.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. Aprofundamento dos Estilos Parentais. ➤ Baralho dos Estilos Parentais (BEP). ➤ Exercício. Identificar as Práticas Educativas Parentais - Negativas. ➤ Discussão: sobre as “Práticas Educativas Negativas” e as consequências no comportamento da criança.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Tarefa de Casa 7º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar Problemas e Atitudes, vide anexo 28. ➤ Escreva uma ação “problema” durante a semana (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado e domingo) e anotar atitude “consequência”. Ex. Problema: Eu não consegui ajudar meu filho na tarefa de casa. Atitude/consequência: Ele fez sozinho.
<p>Fonte: Weber et al. (2014); Weber (2007); Gomide (2006).</p>			

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">8</p> <p style="text-align: center;">Práticas Educativas Positivas versus Consequências</p>	<p>Propiciar a auto-observação, como pessoa antes de serem pais, dando ênfase para qualidades de cada um. Perceber-se como modelo de comportamento para o filho. Estimular a relação pais e filhos, por meio do brincar.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Retomada do 7º encontro. Retomada do 7º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retomada: Práticas Educativas Negativas e do 7º desafio. ➤ 7º Desafio: Identificar Problemas e Atitudes.
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação: Aprofundar sobre o conhecimento das práticas educativas positivas e suas consequências.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. Aprofundamento dos Estilos Parentais. Adquirindo novos repertórios para monitorar o comportamento dos filhos. ➤ Baralho dos Estilos Parentais (BEP). ➤ Exercício. Identificar as Práticas Educativas Parentais - Positivas. ➤ Discussão: sobre as “práticas educativas positivas” e as consequências no comportamento da criança.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Tarefa de Casa 8º Desafio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimulando a Autonomia, vide anexo 29. ➤ Estratégias para as tarefas: Planejamento, vide anexo 30.
<p>Fonte: Weber et al. (2014); Weber (2007); Gomide (2006).</p>			

Tema	Objetivo	Organização do Encontro	Procedimentos
<p style="text-align: center;">9 Fechamento Revisão e Encerramento</p>	<p>Revisão de todos os conteúdos trabalhados no programa; Feedback dos participantes sobre o aproveitamento do conteúdo e do grupo em geral.</p> <p style="text-align: center;">120 Minutos</p>	<p style="text-align: center;">Parte 1</p> <p>Retomada dos encontros. Retomada do 8º Desafio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retomada dos Encontros Anteriores-práticas educativas positivas. ➤ Discussão. Estimular a Autonomia. ➤ 8º Desafio: Discussão do experimento-Deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho. ➤ Treinamento: Estratégias para as tarefas: Planejamento. O Que Fazer...Por Que Fazer...Onde Fazer...Quando Fazer...Como Fazer...?
		<p style="text-align: center;">Parte 2</p> <p>Psicoeducação: Revisão das experiências do grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Slide: Aula Expositiva sobre o Tema. ➤ Exercícios: Baralho dos Estilos Parentais (BEP) Escolha uma carta para representar uma Prática Educativa Positiva. Escolha uma carta para representar uma Prática Educativa Negativa. Eu me identifico. Eu vou manter. Eu não me identifico. Eu vou mudar.
		<p style="text-align: center;">Parte 3</p> <p>Fechamento e Encerramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fechamento: Momento de compartilhar experiências. ➤ Orientações para os próximos passos. ➤ Encerramento do Encontro e entrega do Guia de Orientações para Manejo. Comportamental de Crianças e Adolescentes com Sinais de Desatenção e Hiperatividade- para professores e Araujo, et al. (2019).
<p>Fonte: Araujo et al. (2019); Weber et al. (2014); Weber (2007); Gomide (2006).</p>			

3.6.5 Quinta Etapa: Avaliação de Pós-Intervenção

Nesta etapa foi sugerido aos pais/cuidadores uma avaliação individual ou em grupo, eles optaram pela avaliação em grupo, uma vez que todos mantiveram uma relação de confiança entre eles. Os mesmos instrumentos descritos na fase pré-intervenção foram administrados, sendo eles o IEP, Escalas Beck (BDI/ BAI), *WHOQOL-Bref*, Inventário ASR, Inventário ISSL. O Roteiro de Adesão ao Programa e Nível de Satisfação foi acrescentado para avaliação do programa. Neste momento não foi administrada a avaliação nas crianças, para preservar o tempo de aplicação. As crianças foram avaliadas após o *follow-up* com os pais. As especificidades relativas aos instrumentos e procedimentos utilizados na quinta etapa do programa sobre a avaliação pós-intervenção junto aos pais apresentam-se na Figura 8.

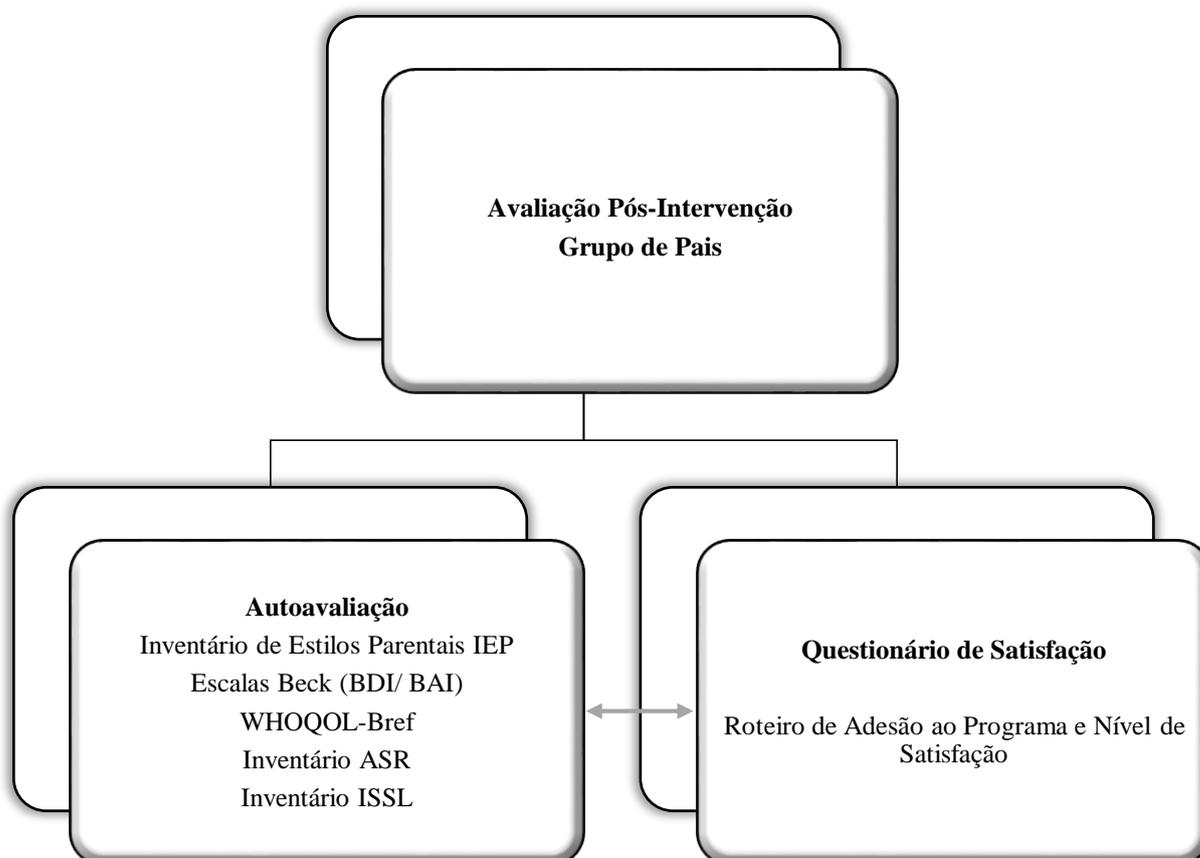


Figura 8. Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 5ª etapa de pós-intervenção.

3.6.6 Sexta Etapa: *Follow-up*

O *Follow-up* foi conduzido para tirar dúvidas dos pais/cuidadores e para investigar a manutenção dos ganhos conquistados pela intervenção. Os encontros ocorreram no primeiro semestre de 2018, consistiu-se em três encontros de 120 minutos cada, que aconteceram quinzenalmente durante dois meses consecutivos. Para essa fase, os encontros foram divididos em duas etapas, a primeira teve como objetivo o levantamento das preocupações e dúvidas dos pais/cuidadores. A segunda teve como foco orientar sobre como manejar adequadamente os conflitos existentes. O terceiro encontro, objetivou um fechamento sobre os problemas abordados e as orientações discutidas durante esse período. Esses encontros foram coordenados pela pesquisadora desta pesquisa e contou com a colaboração de mais dois alunos de graduação em psicologia, um aluno para acompanhar as crianças na sala preparada para atividades recreativas e outro aluno para acompanhar a pesquisadora junto ao grupo de pais/cuidadores.

3.6.7 Sétima Etapa: *Avaliação de Pós-Follow-up*

Para a fase *Pós-Follow-up* foram administrados nos pais/cuidadores os instrumentos, IEP, Escalas Beck (BDI/ BAI), WHOQOL-Bref, Inventário ASR, Inventário ISSL, com objetivo de investigar a maturação do desempenho dos pais.

Para avaliar as crianças, o material foi aplicado de maneira individual, visando investigar a maturação ou mudança dos seus desempenhos. Os pais responderam dois instrumentos referentes ao perfil comportamental das crianças, sendo o Inventário CBCL-6/18 e Questionário baseado no DSM-5. Os pais levaram para os professores dos seus filhos dois instrumentos para verificar problemas de comportamento no ambiente escolar, eles responderam o Inventário TRF/6-18 e Manual da Escala de TDAH. Quanto aos instrumentos para investigar o perfil cognitivo das crianças, utilizou-se o WISC-IV (Dígitos e Sequência de números e letras) para verificar o índice de memória operacional (IMO), Teste de Atenção por Cancelamento (TAC), Teste TRILHAS, Teste Computadorizado (CPT) e Teste do 5 Dígitos (FDT). Após três encontros do acompanhamento e um encontro para a avaliação do *follow-up* os pais foram convocados para receberem a devolutiva e a entrega dos relatórios de suas avaliações e de seus filhos participantes. As especificidades relativas aos instrumentos e procedimentos utilizados na sétima etapa do programa parental apresentam-se na Figura 9.

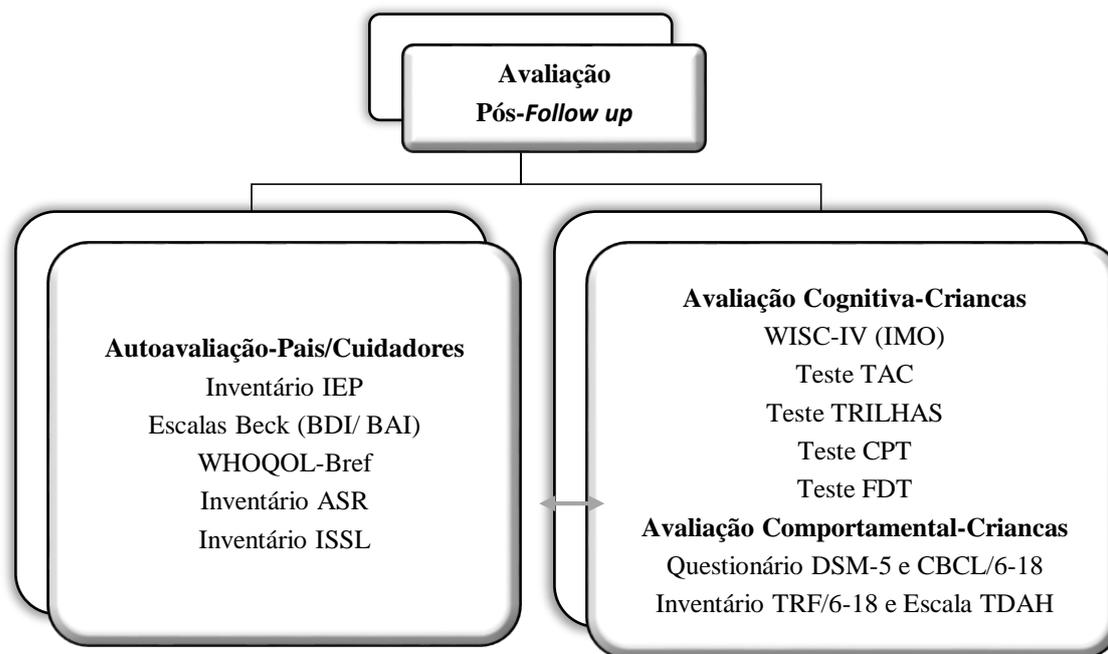


Figura 9. Especificidades relativas a instrumentos e procedimentos utilizados na 7ª etapa de pós-*follow-up*.

3.7 Análise dos Dados

Para verificar a viabilidade e a adesão dos pais/cuidadores de crianças com TDAH ao programa parental, foi computado o número de pais convidados, os que demonstraram interesse e compareceram na avaliação inicial e o número de pais/cuidadores que iniciaram e concluíram o programa. Os dados adquiridos a partir dos instrumentos usados foram analisados por meio das padronizações específicas de cada ferramenta. Foram comparadas de modo quantitativo as avaliações realizadas antes e depois das intervenções e correlacionadas com os instrumentos para verificar o aumento das habilidades ou a redução dos indicadores de dificuldades das crianças e de seus pais.

Para gerar dados de todos os perfis comportamentais do CBCL/6-18, TRF/6-18 e ASR/18-59 analisou-se por meio das padronizações específicas do programa de computador software ADM 7.2 (Software Assessment Data Manager) desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2004). Os dados comportamentais referentes às crianças e pais/cuidadores foram analisados em função do ponto bruto e classificação nas faixas clínica, limítrofe e normal conforme o manual. A interpretação dos dados do IEP, BAI, BDI e ISSL foram conduzidos de acordo com o manual de cada instrumento, também foram realizadas análises descritivas dos dados mediante uso de tabelas e gráficos de frequência simples e comparação dos dados entre as fases de pré-intervenção, intervenção, pós-intervenção e *follow-up*.

Foi feita a diferença matemática simples nas situações de pré-intervenção e de pós-*follow-up*, de modo que os valores computados podem representar um aumento dos indicadores na situação pós > pré e valores que podem ter uma redução dos indicadores na situação pós < pré. Esses valores foram interpretados de acordo com os indicadores dos instrumentos como aqueles que indicam problemas e/ou dificuldades cognitivas ou comportamentais, como na Escala TDAH, CPT, questionário DSM-5, CBCL/6-18 e TRF/6-18, redução na pontuação significa menor indicador de dificuldade comportamental e/ou cognitivo. Por outro lado, nos testes de desempenho como no FDT, TAC, TRILHAS e IMO/WISC-IV, aumento na pontuação, significa melhor desempenho nas habilidades avaliadas por eles. Nas análises dos testes optou-se por comparar os pontos ponderados e percentis, que poderiam demonstrar mais claramente o efeito da intervenção, por vezes os pontos brutos foram analisados, especificamente para comparar os resultados do questionário baseado no DSM-5, inventários CBCL/6-18 e TRF/6-18.

Por fim, na avaliação pós-intervenção, além da análise dos instrumentos foi solicitado aos pais/cuidadores que avaliassem o percentual total da modificação do próprio comportamento após os encontros. Os valores foram categorizados dentro de uma frequência com percentual para cada sinalização de resposta, como: “excelente”, “muito bom”, “bom”, “médio” e “ruim”, esses dados aparecem nos resultados e discussão.

4. RESULTADOS

4.1 Adesão dos pais/cuidadores ao programa parental

Para verificar a viabilidade da realização do programa parental em Práticas Educativas Parentais para pais de crianças com TDAH, foi usada a adesão dos pais como uma das medidas analisadas. Durante o programa, houve uma desistência (pai/participante) em função da indisponibilidade de comparecer às sessões devido aos cuidados do filho que ficou doente na época da intervenção, o casal priorizou a mãe permanecer no projeto. O programa começou com 7 pais/cuidadores, concluiu com 6 pais/cuidadores e 5 crianças e seus respectivos professores. Na Figura 10 será apresentado o fluxo de convites e adesões dos pais/cuidadores em cada etapa do programa parental. Nela, o cálculo da porcentagem de adesão foi realizado a partir do número inicial de aceitação para a fase de pré-intervenção, de intervenção, de pós-intervenção, de *follow-up* e de pós-*follow-up*.

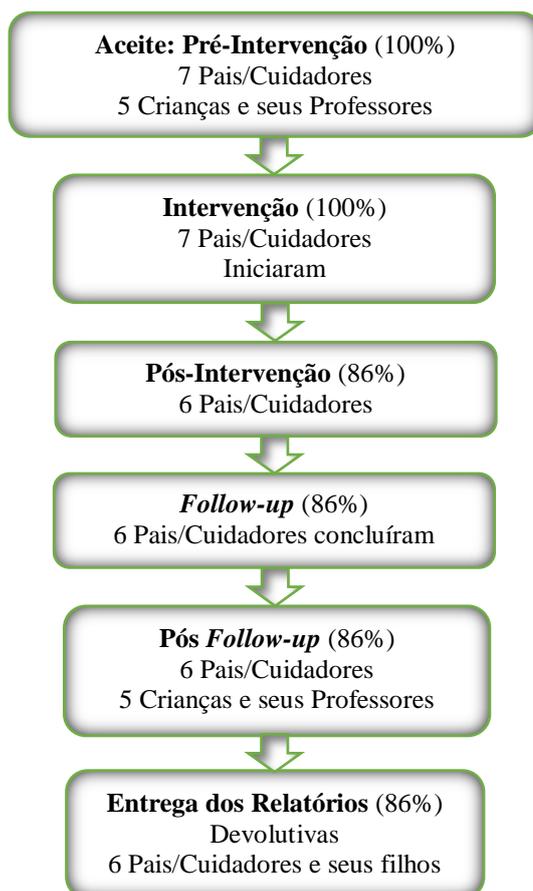


Figura 10. Fluxograma da adesão dos pais ao programa parental.

Na Tabela 13 estão registradas as presenças e as faltas dos participantes nos encontros das avaliações de pré-intervenção, de intervenção, de avaliações pós-intervenção, de *follow-up*, de avaliações pós-*follow-up* e da devolutiva dos relatórios. As reposições das faltas foram combinadas, nos dias e horários com cada pai/cuidador e realizadas individualmente.

Tabela 13

Registro de presenças e faltas dos pais/cuidadores aos encontros no programa parental.

Pais/Cuidadores	Avaliação Pré Intervenção	1° Encontro	2° Encontro	3° Encontro	4° Encontro	5° Encontro	6° Encontro	7° Encontro	8° Encontro	9° Encontro	Reposição	Avaliação Pós Intervenção	1° follow up	2° follow up	3° follow up	Avaliação Pós follow up	Devolutiva
M1	P	P	P	P	P	P	P	F	P	P	1	P	P	F	F	P	P
M2	P	P	P	P	F	P	F	P	P	P	2	P	P	P	P	P	P
M3	P	P	P	P	F	P	P	P	P	P	1	P	P	P	P	P	P
P3	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	0	P	P	P	P	P	P
P4	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	0	P	P	P	P	P	P
M5	P	P	P	F	P	P	P	P	P	F	2	P	F	P	P	P	P

Legenda: P=Presença, F=Falta, 0=Nenhuma Falta

4.2 Apresentação das famílias e dos resultados individuais das crianças nas fases de pré-intervenção e de pós- *follow-up*.

Os relatos obtidos de cada pai/cuidador e de seus respectivos filhos em todas as fases do estudo serão apresentados individualmente. Primeiramente, apresentar-se-á as informações dos pais e das crianças sobre os aspectos gerais na fase de pré-intervenção. Posteriormente serão descritas as principais tarefas solicitadas e executadas pelos pais conforme os temas de cada encontro do treinamento, as orientações e as discussões ao longo do programa parental.

Optou-se, por apresentar os resultados de maneira individual dos dados comportamentais e cognitivos das crianças, nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. A seguir, breve apresentação dos instrumentos comportamentais:

- O roteiro baseado no DSM-5 inclui dezoito perguntas, sendo nove relacionadas ao comportamento de desatenção e nove pertinentes ao comportamento hiperativo/Impulso.
- CBCL/6-18, e TRF/6-18. Esses instrumentos abarcam as escalas das síndromes, apontam os problemas de ansiedade e depressão, de retraimento, de queixa somática, de problemas sociais, de problemas com o pensamento, de problemas de atenção, de comportamento de quebra de regras, de comportamento agressivo, de problemas internalizantes, de problemas externalizante e totais. Os instrumentos abrangem escalas orientadas pelo DSM, contemplando os problemas afetivos, problemas de

ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção hiperatividade, problemas de desafio opositor e problemas de condutas.

- A escala de TDAH, tem a finalidade de investigar os problemas decorrentes de TDAH: Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial em crianças e adolescentes no ambiente escolar.

Breve apresentação dos instrumentos neuropsicológicos:

- O subtestes Dígitos e Sequência de Números e Letras da escala de WISC-IV, foram usados para investigar o Índice de Memória Operacional (IMO).
- Teste de Atenção por Cancelamento (TAC), tem como objetivo avaliar a atenção seletiva, constitui-se em três matrizes impressas com diferentes tipos de estímulos e demanda de alternância.
- Teste de TRILHAS, avalia a flexibilidade cognitiva, sendo que a parte “A” incide na avaliação da atenção sustentada e a parte “B”, flexibilidade e atenção alternada.
- Teste Computadorizado (CPT), se propõe avaliar alguns dos mecanismos envolvidos na função da atenção e da concentração, consiste focar em apenas uma atividade, excluindo todos os outros estímulos ao redor. Os índices cognitivos do teste CPT avaliam as funções relacionadas a atenção seletiva, a atenção sustentada e o controle inibitório.
- Teste dos Cinco Dígitos (FDT) permite medir a velocidade de processamento, a atenção e as funções executivas, ou seja, controle inibitório e flexibilidade cognitiva.

4.2.1 Família 1 (Mãe 1-M1 e Criança 1-C1).

A composição familiar onde M1 e C1 residem, é formada pelo casal (pai e mãe) e mais dois filhos, C1 e o irmão caçula, ambos os pais trabalham fora e se dividem para cuidar das crianças. Antes de iniciar o programa de treinamento foram exploradas as informações que ambos os pais relataram sobre os problemas de comportamento de C1, assim como de suas dificuldades enquanto cuidadores. Em 2013 e 2017, C1 passou pelo programa de avaliação neuropsicológica, por conta da escola ter solicitado uma avaliação para investigar queixa do TDAH. M1 relatou que C1 distraia-se diante de qualquer estímulo, não conseguia cumprir uma rotina, não concluía o que se dispunha a fazer por dificuldade em organizar suas tarefas escolares, além disso, apresentava comportamento impulsivo no ambiente escolar. A

avaliação clínica do neurologista, indicou a presença de sinais de Desatenção e Hiperatividade, compatível com o Transtorno, C1 passou por acompanhamento psicológico e neuropsicológico entre os anos de 2013 a 2014. Atualmente, passa por acompanhamento com neuropediatra e faz uso do medicamento Tofranil.

Inicialmente, ambos os pais participaram da avaliação pré-intervenção e intervenção, mas, o pai foi desligado em função da indisponibilidade de comparecer às sessões devido aos cuidados do filho C1 que ficou adoentado na época, o casal priorizou a permanência da mãe no projeto. Quanto ao interesse no projeto, relataram problemas relacionados aos seus próprios comportamentos enquanto cuidadores, dificuldades compreender o TDAH e manejar adequadamente os conflitos referente o desempenho escolar de seus filhos. Os pais expressaram preocupação quanto ao comportamento inadequado, por exemplo: percebe o filho “perverso” às vezes com o irmão, certa agressividade e imaturidade. Na Tabela 14 são apresentadas as tarefas solicitadas e executada pela M1 conforme os temas de cada encontro do programa parental.

Tabela 14.

Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M1.

Encontro	Tarefa Solicitada	Tarefa Realizada	Orientação e Discussão
1º Encontro Conhecimento sobre TDAH	1. O que você sabe sobre o TDAH? 2. O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH? 3. Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente? 4. Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?	1 e 2. M1 responde que é um transtorno que prejudica o comportamento, como a impulsividade, no ambiente escolar e em casa, relata que às vezes o seu filho é respondão, inconveniente e imaturo. 3. Apresenta dificuldades de prestar atenção, de cumprir rotina, de organizar e de concluir tarefas escolares e baixo desempenho acadêmico. 4. M1 relata que sente dificuldade em manejar adequadamente os conflitos e compreender o comportamento do filho, como imaturidade e a agressividade. Relata também sentir preocupação quanto a formação da personalidade do filho.	Recebeu aula expositiva sobre o TDAH e sobre as dificuldades que a criança pode apresentar para se organizar, planejar e executar tarefas. Recebeu treinamento sobre o que é TDAH e como afeta no comportamento das crianças, realizou treinamento usando o Baralho do TDAH.
2º Encontro Comportamentos Adequados e Inadequados	Teatro Pais e Filhos: Cena 1 “Maquiagem da mamãe” e Cena 2 “O Banho” Reflexão: 1. Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade?	Análise das Cenas: 1. M1 relata que se sentiu injustiçada e desrespeitada. 2. Para M1 foi inadequado a maneira como os pais expressaram e atuaram ao punir os filhos, percebeu exagero nas	Recebeu aula expositiva sobre o comportamento esperado ao longo do desenvolvimento de uma criança. M1 expõe que precisa orientar seus filhos, contudo, quando eles cometem algum tipo de comportamento inadequado, diz que eles devem ser punidos, mas essa punição não pode ser

	2. O que foi exagerado ou inadequado nas cenas?	punições, que para ela, foi agressivo e ameaçador.	exagerada. <i>“percebo que a punição deve existir, isso vai acontecer no decorrer da vida, por isso é preciso educar os filhos sem exagero para que eles não se sintam injustiçados”</i> .
3° Encontro Relacionamento Afetivo e Envolvimento	Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe. Exercício: Você Conhece Bem o Seu Filho. 1. Quem é o seu filho (a)? 2. Como você enxerga o futuro do seu filho (a)? 3. Como as pessoas veem seu filho (a)?	Leitura realizada. 1. <i>“Um menino alegre e inteligente, capaz de aprender tudo o que lhe interessa. É carinhoso, especialmente, comigo e tem uma imaginação fértil. Gosta de ser criança e não quer crescer, ele evita as responsabilidades. Às vezes é maldoso, atrapalhado e nervoso”</i> . 2. <i>“Acho meu filho dependente, espero que ele estabeleça objetivos e metas, que tenha força de vontade de lutar pelos seus sonhos”</i> . 3. <i>“Bricalhão, alegre e às vezes briguento, mandão e inconveniente”</i> .	Recebeu aula expositiva sobre relacionamento afetivo e envolvimento. Discussão: Reflexão de uma mãe o texto apresenta a seguinte frase: <i>“Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias”</i> . Os pais participantes perceberam a importância de seus papéis enquanto cuidadores. M1 reconhece as qualidades do filho, relata que C1 tem melhorado, mas expõe que o filho precisa de orientação, incentivo, estímulo e direcionamento dos pais pela dificuldade de tomar decisões e se organizar.
4° Encontro Conhecimento sobre Práticas Educativas Parentais	Leitura: Paternidade Responsável. Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.	Reflexão da leitura: Análise da frase: <i>“O pai deu-se conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade...será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano.”</i> 1. Resposta de M1 referente a lista de atividades: <i>“fazer a comida preferida: estrogonofe de frango. 2. Jogar uma partida de xadrez. 3. Assistir ao filme com eles. 4. Passeio no shopping, ver exposição sobre mitologia Grega. 5. Enviar um recadinho na mochila da escola”</i> .	Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Parentais. Segundo M1 o <i>“amor permite a autonomia, e os pais devem se adequar a cada etapa, idade e observar até onde a criança pode ir em determinado momento”</i> . M1 relata que já deixa o filho fazer a tarefa sozinho e apenas corrige (dá uma olhada). Disse que o filho já superou a má vontade de fazer as lições. Neste encontro conseguiu assistir uma série na televisão, fez a comida que os filhos gostam. A mãe relata que criou uma lista de rotina semanal para os filhos e quando ela esquece, o filho cobra.
5° Encontro Regras e Limites	Leitura: Divirta-se com Seus Filhos! Exercícios: 1. Na sua casa existem as regras de diversão, sim ou não? 2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir?	Reflexão da leitura do texto: Respostas de M1. 1. <i>“Deixamos a sexta-feira à noite para comer lanche e assistir filme que as crianças gostam”</i> . 2. <i>“As regras existem para todos cumprirem e melhorar a</i>	Recebeu aula expositiva sobre pontos importantes sobre Regras e Limites. Reflexão sobre a função do brincar para trabalhar a interação pais-filhos referente os conceitos de regras e limites. M1 relata que ao ler o texto <i>“divirta-se com seus filhos”</i>

	3. Que valores e princípios essas regras ensinarão ao seu filho?	<p><i>convivência familiar, sem regas, ficamos sem direção</i>”.</p> <p>3. “<i>As regras servem para nos orientar, estabelecer limites de conduta e respeito às outras pessoas</i>”.</p>	percebeu que não realiza algumas das atividades apresentadas no texto, como acampar dentro de casa, brincar dentro do carro, coisas que possibilitam criar um ambiente divertido. Disse que não se viu fazendo essas brincadeiras.
6° Encontro Autoconhecimento: Práticas Educativas Positivas e Negativas	Levantamento: Exercício de Autoconhecimento: Qualidades x Oportunidades e Dificuldades x Problemas	<p>Resposta de M1:</p> <p>Qualidades: “<i>Capacidade de ouvir e esclarecer regras e os motivos das situações, carinhosa e didática</i>”.</p> <p>Oportunidades: “<i>Eu recebo carinho e a confiança dos meus filhos, eles conversam comigo</i>”.</p> <p>Dificuldades: “<i>Às vezes minha atitude é por impulso de acordo com meu humor. Pouca paciência para acompanhar as atividades de seus interesses</i>”.</p> <p>Problemas: “<i>Causo antipatia, frustração e desestímulo</i>”.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre autoconhecimento e monitoria negativa e positiva.</p> <p>Treino com as cartas do Baralho das práticas educativas parentais, introdução as práticas educativas positivas e negativas.</p> <p>Reflexão: Discussão sobre as suas qualidades e ganhos conquistados e sobre as dificuldades e problemas enfrentados.</p>
7° Práticas Educativas Negativas versus Consequências	Exercícios: 1. Anotar comportamento que gostaria de mudar. 2. Quantas vezes você emitiu esse comportamento?	<p>Respostas de M1:</p> <p>1. “<i>Ter mais tempo para acompanhar meus filhos em suas atividades e com paciência</i>”.</p> <p>2. “<i>Durante a semana, eu não consegui parar para assistir um programa que meus filhos querem ver comigo, fico poucas horas em casa. Na última semana, tive outras atividades, além do horário previsto, o que me fez adiar esse momento. Nesse período, especialmente, não tinha como deixar a tarefa para assistir ao programa</i>”.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas Negativas versus consequências.</p> <p>Recebeu mais Treino de Práticas educativas negativas com o Baralho de cartas.</p> <p>M1 percebe que “<i>...com melhor organização do tempo no dia a dia é possível melhorar a qualidade com que esse pouco tempo que tenho pode ser aproveitado. As crianças sentem falta</i>”.</p> <p>Outro ponto de reflexão relatado por M1, se refere ao planejamento “<i>planejar deixa os filhos seguros</i>”. Além disso, M1 relata que... “<i>Estou tentando controlar os meus impulsos e não mais agir sob o controle do humor</i>”.</p>
8° Práticas Educativas Positivas versus Consequências	Exercícios: 1. Identificar o problema. 2. Ação. Qual atitude?	<p>1. Problema: C1 não toma banho por conta própria. O filho deixou os brinquedos espalhados pela casa.</p> <p>2. Atitude: Os pais lembraram que tem que tomar banho. Os pais orientam para o filho guardar o brinquedo no local adequado.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Positivas versus consequências.</p> <p>M1 expõe que os filhos precisam de orientação, organização e disciplina para fazer as atividades diárias. Quanto as práticas educativas, recebeu mais Treino de Práticas educativas positivas com o Baralho de cartas.</p>

9º Fechamento Revisão e Encerramento	Exercícios: Estimular a Autonomia. Experimentar, deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho. 1. Tarefa a ser realizada. 2. Orientação do Pai 3. Resultado da tarefa realizada.	M1 relata que montou uma lista de tarefas junto aos filhos. Respostas: 1. Organizar a mochila escolar. 2. Você deve verificar a agenda das aulas do dia, separar cada material necessário. 3. Algumas vezes durante a semana, faltou algum material.	M1 relata que C1 aprendeu os limites, pois já corrige o irmão e avisa a mãe quando ele faz algo proibido. Conforme o relato de M1, os encontros os auxiliaram como se deve fazer e agir como mãe cuidadora de uma criança com TDAH.
---	--	--	--

4.2.1.1 Resultados dos testes comportamentais de C1

Questionário baseado nos sinais de TDAH de acordo com o DSM-5

Na Tabela 15 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas de M1 antes e após a sua participação no programa parental. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do questionário. Verifica-se que C1 apresenta 7 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de desatenção nas fases, de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Quanto aos problemas de hiperatividade/impulsividade, apenas um ponto indicado a menos foi computado na fase pós-*follow-up*.

Tabela 15

Classificação obtida pelo participante C1 no questionário baseado no DSM-5

DSM-5		
Queixas	Pré	Pós
Desatenção	7 indicadores	7 indicadores
Hiperatividade-Impulsividade	2 indicadores	1 indicadores

Nota: classificação para indicadores de dificuldades acima de seis pontos brutos na soma das respostas para frequentemente e muito frequentemente para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18)

Nota-se na Tabela 16 que na avaliação inicial, C1 apresentava dificuldades na faixa limítrofe na escala de problemas com pensamento, os itens individuais que contribuíram para as suas dificuldades foram; “não consegue tirar certos pensamentos da cabeça”, “tem movimentos repetitivos que não consegue parar”, “cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo”, “dorme menos que a maioria das outras crianças e adolescentes” e “fala ou anda dormindo”. M1 após participar do programa parental indicou alguns pontos a menos nas questões que compõem as escalas ansiedade e depressão, problemas sociais, problemas com

pensamento, comportamento de quebra de regras, comportamento agressivo, problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas de desafio opositor, problemas internalizantes, problemas externalizantes e problemas totais. Observa-se que houve aumento de pontos assinalados nas escalas de queixa somática, problemas de atenção e problemas de déficit de atenção hiperatividade, contudo, a classificação permaneceu dentro da faixa normal.

Tabela 16.

Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C1 na perspectiva da M1 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

CBCL/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	4	1
Retraimento	3	3
Queixa Somática	1	2
Problemas Sociais	8	2
Problemas com Pensamento	7-L	3
Problemas de Atenção	5	9
Comportamento de Quebra de Regras	2	0
Comportamento Agressivo	7	5
Problemas Afetivos	2	1
Problemas de Ansiedade	3	1
Problemas Somático	0	1
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	5	7
Problemas de Desafio Opositor	2	1
Problemas de Conduta	2	2
Problemas Internalizantes	8	6
Problemas Externalizantes	9	5
Problemas Totais	43	28

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18)

Na Tabela 17 são apresentados os resultados obtidos a partir da resposta do professor ao TRF-6/18 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que considerando a avaliação inicial, C1 apresentava indicadores de dificuldades na faixa limítrofe para as escalas de retraimento, problemas afetivos e problemas de ansiedade e na faixa clínica para problemas internalizantes. Os índices identificados pelo professor que mais contribuíram para as dificuldades de C1, foram “poucas coisas lhe dão prazer”, “reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém”, “muito acanhado ou tímido”, “pouco ativo, seus movimentos são lentos ou tem falta de energia”, “triste”, “sente-se sem valor ou inferior”, “desmotivado”, “nervoso e tenso” e “medroso e ansioso”. Na fase de pós-*follow-up* o professor indicou alguns pontos a menos nas questões que compõem as escalas de ansiedade e depressão, retraimento, comportamento agressivo, problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas de desafio

opositor, problemas internalizantes, problemas externalizantes e problemas totais, passando para classificação normal. Observa-se que houve aumento de pontos assinalados pelo professor nas escalas de problemas sociais, problemas de atenção e problemas de déficit de atenção hiperatividade, contudo, permaneceu dentro da classificação normal.

Tabela 17.

Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C1 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

TRF/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	7	4
Retraimento	6-L	3
Queixa Somática	0	0
Problemas Sociais	2	3
Problemas com Pensamento	0	0
Problemas de Atenção	9	21
Comportamento de Quebra de Regras	0	0
Comportamento Agressivo	9	0
Problemas Afetivos	6-L	1
Problemas de Ansiedade	3-L	0
Problemas Somático	0	0
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	5	7
Problemas de Desafio Opositor	4	0
Problemas de Conduta	0	0
Problemas Internalizantes	13-C	7
Problemas Externalizantes	9	0
Problemas Totais	33	31

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)

Na Figura 11 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que a classificação para subescala Déficit de Atenção na fase pré, C1 exibe percentil 95, alta pontuação para indicadores de dificuldades e maior probabilidade de apresentar o transtorno, já na fase pós sua pontuação diminuiu para percentil 81, apresentando classificação com alguns indicadores de dificuldades. Para a subescala Hiperatividade/Impulsividade na fase pré, C1 obteve percentil 30, com classificação mediana e comportamento dentro da expectativa, já na fase pós houve uma diminuição para percentil 25, apresentando classificação sem indicadores de dificuldades. Quanto a subescala Problema de Aprendizagem, C1 na pré-intervenção obteve percentil 30 com classificação dentro da expectativa, mas na fase de pós-*follow-up* apresentou percentil 42, observa-se que houve um aumento, contudo, seu comportamento permaneceu dentro da expectativa. O Comportamento Antissocial é outra subescala avaliada pelos

professores, nota-se que na fase pré, C1 obteve classificação com alguns indicadores de dificuldades, percentil 80, mas na fase pós apresentou alguns ganhos e declínio do comportamento problema, percentil 11 com classificação sem indicadores de dificuldades.

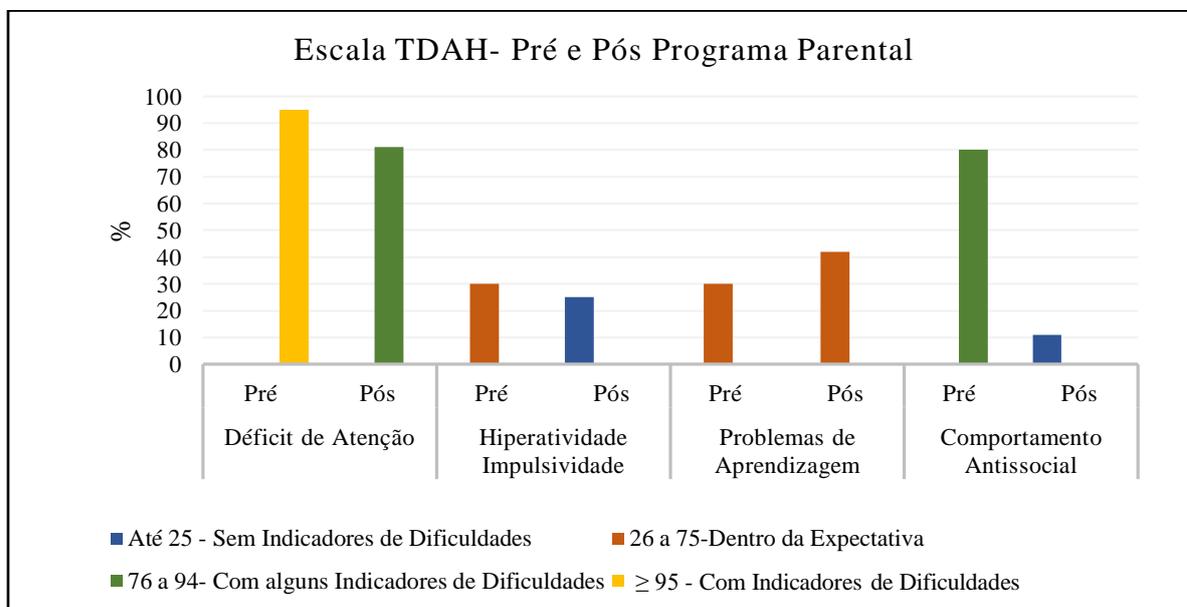


Figura 11. Resultados da avaliação de C1, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.1.2 Resultados dos testes neuropsicológicos de C1

Memória Operacional (MO)

Na Tabela 18 são apresentados os resultados obtidos a partir das classificações das respostas de C1 nas análises do IMO-WISC-IV, nota-se que o seu desempenho foi de 94 com classificação dentro da média na fase de pré-intervenção. Já na fase de pós-*follow-up*, houve um aumento no percentual, C1 apresentou desempenho 106, entretanto, permaneceu com classificação dentro da média.

Tabela 18
Classificação obtida pelo participante C1 no IMO-WISC-IV.

Índice Memória Operacional (IMO-WISC-IV)		
Fases	Classificação	Desempenho-IMO
Pré	Média	94
Pós	Média	106

Testes de Atenção por Cancelamento (TAC)

Na Tabela 19 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 nas fases, de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que na fase pré o seu desempenho nas três partes dos testes e ainda na pontuação total, todas as classificações dentro da média. Na fase pós houve alguns ganhos e aumento da pontuação nas três partes dos testes, contribuindo para um aumento no seu desempenho total, apresentando média e alta classificação.

Tabela 19
Classificação obtida pelo participante C1 no TAC.

Testes de atenção por cancelamento (TAC)			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte 1: 93	Média	Parte 1: 115	Alta
Parte 2: 105	Média	Parte 2: 107	Média
Parte 3: 103	Média	Parte 3: 124	Alta
Total: 98	Média	Total: 122	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de TRILHAS (TT)

Na Tabela 20 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 nas fases, de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que na pré o seu desempenho nas duas partes dos testes e ainda na avaliação B-A classificações dentro da média. Na fase pós houve um aumento de suas pontuações na parte B do teste, contribuindo para um alto desempenho na parte B-A.

Tabela 20
Classificação obtida pelo participante C1 no TRILHAS.

Testes TRILHAS			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte A: 108	Média	Parte A: 106	Média
Parte B: 89	Média	Parte B: 123	Alta
Parte B-A: 88	Média	Parte B-A: 122	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)

Na Figura 12 são apresentados os resultados obtidos no teste CPT a partir da avaliação de C1 para investigar a probabilidade da existência de problema de atenção, nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que o índice clínico na fase pré foi de 78,51% de chances para a existência de problema de atenção, compatível com indicadores de desatenção e de impulsividade. Já na fase pós, observa-se a diminuição do comportamento problema, apresentou 54,37% de chances para a existência de problema de atenção.

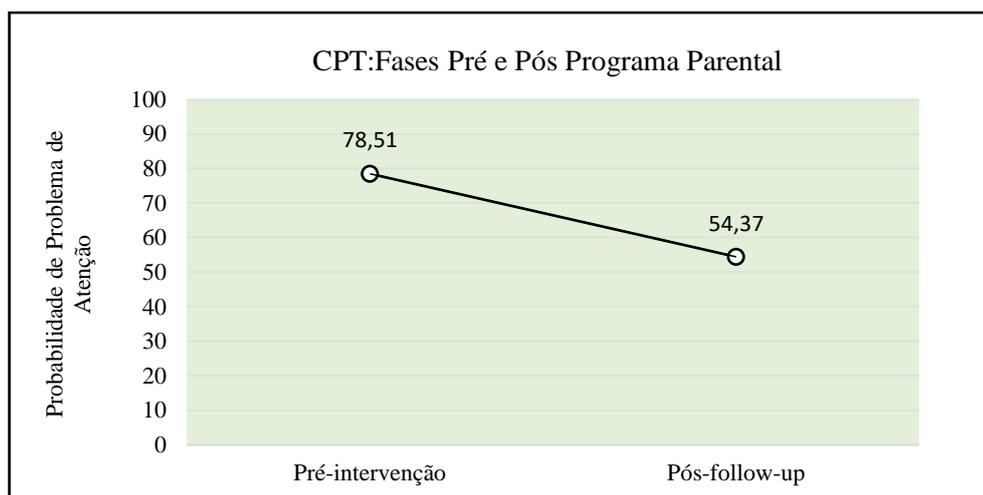


Figura 12. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Na Figura 13 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que o seu desempenho inicial para os índices Inibição e Flexibilidade, ambos resultados apresentam percentis 75, com pontuações dentro de uma classificação sem indicadores de dificuldades. Na fase de pós-*follow-up* houve alguns ganhos e aumento de percentis, ambos passaram para 95, essas pontuações permitem inferir bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo.

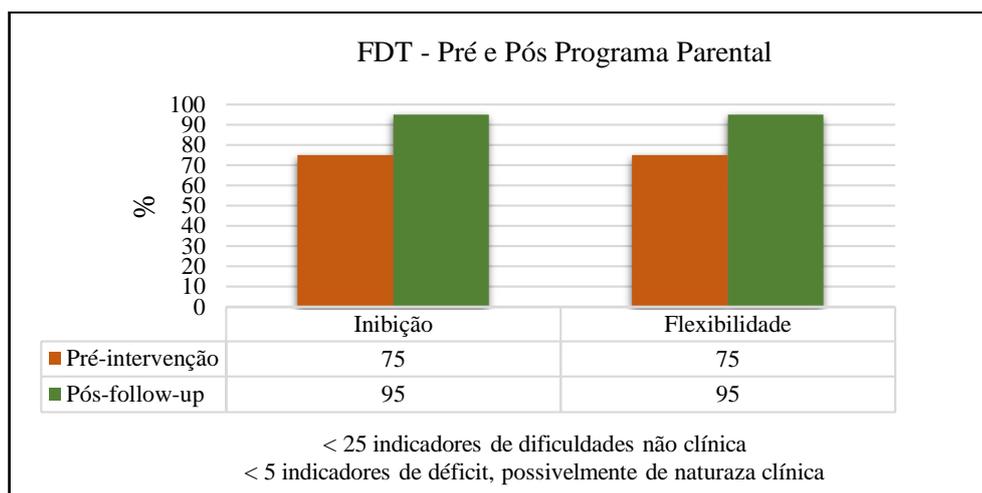


Figura 13. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C1 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.2 Família 2 (Mãe 2-M2 e Criança 2-C2)

A composição familiar onde residem os participantes é formada pelo pai, mãe e C2, única filha do casal. Em 2014 e 2017, C2 passou pelo programa de avaliação neuropsicológica, por conta de a escola ter solicitado uma avaliação para investigar a queixa do TDAH. M2 relatou que C2 distraia-se diante de qualquer estímulo, não conseguia cumprir uma rotina, não concluía o que se dispunha a fazer por dificuldade em organizar suas tarefas escolares, era muito agitada em casa e na escola, não copiava as lições. A avaliação clínica do neurologista, indicou a presença de sinais de Desatenção e Hiperatividade, compatível com o Transtorno.

M2 já participou anteriormente de um grupo de pesquisa para pais de crianças com TDAH, no entanto, não concluiu o processo, por não se identificar com o conteúdo e com o grupo formado na época. Entretanto, ainda permanecia questões quanto aos problemas enfrentados por ela enquanto cuidadora e na dinâmica familiar. Inicialmente, relatou que o tema intervenção em prática educativa parental lhe chamou atenção, pois a dúvida permeava quanto suas ações, com isso se sentia insegura, percebia a necessidade de compreender seus próprios comportamentos e o comportamento de C2. Relatou a vontade de ajudar a filha com relação à organização em casa e nos estudos. Na Tabela 21 são apresentadas as tarefas solicitadas e executada pela M2 conforme os temas de cada encontro do programa parental.

Tabela 21

Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M2.

Encontro	Tarefa Solicitada	Tarefa Realizada	Orientação e Discussão
1º Encontro Conhecimento sobre TDAH	<p>1. O que você sabe sobre o TDAH?</p> <p>2. O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH?</p> <p>3. Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente?</p> <p>4. Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?</p>	<p>1. M2 expõe que já participou de um grupo, mas não permaneceu por não se identificar, relata que o transtorno prejudica o comportamento da filha.</p> <p>2. As crianças são prejudicadas na escola e no meio social.</p> <p>3. Distração, dificuldade em cumprir rotina, como tarefas escolares, agitação em casa e na escola, desorganização e fazer perguntas inapropriadas para o momento.</p> <p>4. M2 relata que sente dificuldade em compreender o comportamento da filha e insegurança no manejo e para orientá-la na organização dos estudos e na rotina diária.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o TDAH e sobre as dificuldades que a criança pode apresentar para se organizar, planejar e executar tarefas.</p> <p>Recebeu treinamento sobre o que é TDAH e como afeta no comportamento das crianças. Realizou Treinamento com Baralho do TDAH.</p>
2º Encontro Comportamentos Adequados e Inadequados	<p>Teatro Pais e Filhos: Cena 1 “Maquiagem da mamãe” e Cena 2 “O Banho”</p> <p>Reflexão: 1. Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade? 2. O que foi exagerado ou inadequado nas cenas?</p>	<p>Análise das Cenas: 1. Injustiçada e sentimento de humilhação. 2. M2 concorda com os colegas do grupo, quanto ao exagero da repreensão da mãe ao punir a filha por causa da maquiagem e a exposição do filho perante os colegas.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o comportamento esperado ao longo do desenvolvimento de uma criança.</p> <p>Com a participação de M2 nas cenas de teatro, M2 relatou que já agiu agressivamente e bateu na filha em algumas ocasiões, por vezes estava nervosa devido a outros acontecimentos e não necessariamente ligados a filha, no entanto, consegue reconhecer que fez errado e que hoje se controla e não o faz mais.</p>
3º Encontro Relacionamento Afetivo e Envolvimento	<p>Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe.</p> <p>Exercício: Você Conhece Bem o Seu Filho.</p> <p>1. Quem é o seu filho (a)? 2. Como você enxerga o futuro do seu filho (a)? 3. Como as pessoas veem seu filho (a)?</p>	<p>Leitura realizada</p> <p>1. “<i>A pessoa que me mantém num rumo fixo. Muitas vezes, é quem salva minha vida</i>”.</p> <p>2. “<i>A enxergo uma pessoa feliz e ativa, que saberá lidar com todos e de modo assertivo</i>”.</p> <p>3. “<i>Como uma menina muito educada, gentil pacifista, inteligente e bonita. Mas, fala demais e é ansiosa</i>”.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre relacionamento afetivo e envolvimento.</p> <p>Discussão: Como expresso no texto “Reflexão de uma mãe” Parte analisada do texto: “<i>Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias</i>”. Os pais participantes perceberam a importância de seus papéis enquanto cuidadores.</p> <p>M2 relata que reconhece as qualidades da filha, mas que às vezes age por fortes emoções, está tentando perceber seus erros para melhorar.</p>
4º Encontro Conhecimento sobre Práticas	<p>Leitura: Paternidade Responsável.</p>	<p>Reflexão da leitura: “<i>O pai deuse conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos</i>”</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Parentais.</p>

Educativas Parentais	Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.	<i>negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade...será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano."</i> M2 não realizou a tarefa: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.	No encontro de reposição da falta, M2 conta que assistiu um programa que a filha gosta. Relatou que as vezes deixa os afazeres para ouvi-la e as vezes brincar com alguma atividade do interesse dela.
5° Encontro Regras e Limites	Leitura: Divirta-se com Seus Filhos! Exercícios: 1. Na sua casa existem as regras de diversão, sim ou não? 2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir? 3. Que valores e princípios essas regras ensinarão ao seu filho?	Reflexão da leitura do texto: Respostas de M2. 1. <i>"Ocorre espontaneamente. Só existe reforço quando é momento propício ou o exagero tomou conta de mim".</i> 2. <i>"Porque precisa organizar os momentos, para que haja sentido em fazer certas coisas, para não haver sobrecarga de outros".</i> 3. <i>"Primeiramente ensinar a se controlar, identificar seus sentimentos e sensações. Depois, as regras ajudam a se nortear na sociedade. A partir das regras daquela cultura aprende-se a lidar com as demais".</i>	Recebeu aula expositiva sobre Regras e Limites. Reflexão sobre a função do brincar para trabalhar, a interação pais-filhos referente os conceitos de regras e limites. M2 descreve que ao ler o texto "divirta-se com seus filhos" percebeu que tem dificuldade em seguir uma rotina com organização e planejamento. Reconhece a dificuldade de adaptar as regras ao estilo de vida. Revela que a filha também apresenta as mesmas dificuldades.
6° Encontro Autoconhecimento: Práticas Educativas Positivas e Negativas	Levantamento: Exercício de Autoconhecimento: Qualidades x Oportunidades e Dificuldades x Problemas	Resposta de M2: Qualidades: <i>"Apesar de, relativamente severa, sou muito amiga dela e interajo bastante".</i> Oportunidades: <i>"Creio fortalecê-la sempre, oferecendo-lhe espaço para que converse e sane suas dúvidas".</i> Dificuldades: <i>"Meu maior problema é a falta de ânimo quando, em momentos, que me sinto triste."</i> Problemas: <i>"C2 entende e fica mais distante, triste também, eu temo que isso influência muito em sua vida adulta".</i>	Recebeu aula expositiva sobre autoconhecimento e monitoria negativa e positiva. Treino com as cartas do Baralho das práticas educativas parentais, introdução as práticas educativas positivas e negativas. Reflexão: Discussão sobre as suas qualidades e ganhos conquistados. Discussão sobre as suas dificuldades e problemas enfrentados. M2 foi aconselhada na sessão de reposição (individual) acompanhamento médico e psicólogo, tanto para ela, quanto para a filha.
7° Práticas Educativas Negativas versus Consequências	Exercícios: 1. Anotar comportamento que gostaria de mudar. 2. Quantas vezes você emitiu esse comportamento?	Resposta de M2: 1. <i>"Gostaria de ser mais organizada e não apenas em momentos pontuais. Isso melhoraria a vida por completo, como na organização de casa, alimentação, passeios etc."</i>	Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas Negativas versus consequências. Recebeu mais Treino de Práticas educativas negativas com o Baralho de cartas.

		2. <i>“Todos os dias dessa semana, eu não me organizo em nada”.</i>	M2 conta que poderia se esforçar mais, ou seja, tentar conter a ansiedade (com tratamento) e realizar um pouco mais que o básico.
8º Práticas Educativas Positivas versus Consequências	Exercícios: 1. Identificar o problema. 2. Ação. Qual atitude?	Resposta de M2: 1. Problema: <i>“Às vezes, eu acordo atrasada para chamar a filha”.</i> <i>“Às vezes, não poder ajudar a filha nos afazeres escolares.”</i> 2. Atitude da filha: <i>“Ela as vezes se levanta sozinha”.</i> <i>“Às vezes, ela faz a lição sozinha”</i>	Recebeu aula expositiva sobre Práticas Positivas versus consequências. M2 expõe que o papel de mãe pode ser referência para a filha, que ela precisa se esforçar na organização de casa, percebe que a filha precisa de orientação, organização e disciplina para fazer as atividades diárias. Contudo, as suas ações ainda não são compatíveis com o seu desejo de mudança e compatíveis as suas necessidades. Recebeu treino de Práticas educativas positivas com Baralho de cartas.
9º Fechamento Revisão e Encerramento	Exercícios: Estimular a Autonomia. Experimentar, deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho. 1. Tarefa a ser realizada. 2. Orientação do Pai 3. Resultado da tarefa realizada.	1. <i>“Organizar os pertences”.</i> 2. <i>“Organizar o que deixou jogado”.</i> 3. <i>“Tirou de um lado e colocou do outro”.</i> 1. <i>“Por e tirar a mesa das refeições”.</i> 2. <i>“Orientação: pegar utensílios de alimentos etc.”.</i> 3. <i>“Realizou com sucesso”.</i>	Reflexão de M2. <i>“O comportamento quando é detalhado no como, quando, onde, porque fazer e auxiliar nas alternativas de fazer determinada tarefa, facilita”.</i> A mãe relata que <i>“dizer o comportamento que é esperado é um facilitador, por exemplo: não falar para a filha parar de ser preguiçosa, pois “o que é de fato ser preguiçosa” (se questiona), deve-se explicar o quando e como ela é preguiçosa e o que fazer e o como agir de maneira correta.”</i>

4.2.2.1 Resultados dos testes comportamentais de C2

Questionário baseado nos sinais de TDAH de acordo com o DSM-5

Na Tabela 22 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas de M2 sobre o comportamento de C1 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do questionário. Nota-se que C2 apresenta 8 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de Desatenção e 5 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de Hiperatividade-Impulsividade na pré-intervenção. Observa-se que na fase pós-*follow-up* M2 percebeu que C2 apresentou uma diminuição dos sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade.

Tabela 22

Classificação obtida pelo participante C2 no questionário baseado no DSM-5.

DSM-5		
Queixas	Pré	Pós
Desatenção	8 indicadores	4 indicadores
Hiperatividade-Impulsividade	5 indicadores	2 indicadores

Nota: classificação para indicadores de dificuldades acima de seis pontos brutos na soma das respostas para frequentemente e muito frequentemente para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18)

Nota-se na Tabela 23 a avaliação inicial, C2 apresentava dificuldades na faixa limítrofe na escala problemas com pensamento, Problemas de Atenção e Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade, quanto aos itens individuais que contribuíram para as suas dificuldades foram “não consegue tirar certos pensamentos da cabeça”, “cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo”, “junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada”, “fala ou anda dormindo”, “não termina as coisas que começa”, “não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo”, “vive no mundo da lua ou perde-se em seus pensamentos”, “desatento (a) ou distrai-se facilmente” e “fala demais”. Observa-se que houve aumento de pontos assinalados nas escalas queixa somática, problemas somáticos e problemas de ansiedade, os itens individuais que contribuíram para as dificuldades de C2 foram identificadas por M2, como “problemas físicos de fundo emocional”, “fica grudado (a) nos adultos ou é muito dependente” e “medroso (a) ou ansioso (a)”. Os aumentos e a redução dos pontos nessas escalas, estiveram dentro da faixa de problemas emocionais/comportamentais esperado por crianças com TDAH.

Tabela 23.

Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C2 na perspectiva da M2 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

CBCL/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	11	6
Retraimento	0	1
Queixa Somática	3	7-C
Problemas Sociais	4	6
Problemas com Pensamento	8-L	8-C
Problemas de Atenção	13-L	9-L
Comportamento de Quebra de Regras	1	2
Comportamento Agressivo	7	6
Problemas Afetivos	1	3
Problemas de Ansiedade	7	6-C
Problemas Somático	2	6-C
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	11-L	9-L
Problemas de Desafio Opositor	1	2
Problemas de Conduta	0	0
Problemas Internalizantes	14	14
Problemas Externalizantes	8	8
Problemas Totais	58	55-C

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18)

Na Tabela 24 são apresentados os resultados obtidos a partir da resposta do professor ao TRF-6/18 nas fases pré-intervenção e pós-*follow-up*. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do instrumento. Nota-se que considerando a avaliação inicial, C2 apresenta diminuição de indicadores de dificuldades como aparece nas escalas problemas com pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebra de regras, problemas afetivos, problemas de déficit de atenção hiperatividade e problemas de conduta. Observa-se para os problemas internalizantes os resultados obtidos nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*, os professores identificaram problemas emocionais na escala queixa somática, dentro das faixas limítrofe e clínico. Os itens que contribuíram para o aumento das dificuldades foram “sente-se cansado (a) demais sem motivos” e “dores de estômago e vômitos”.

Tabela 24.

Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C2 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

TRF/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	5	6
Retraimento	4	4
Queixa Somática	2	4-L
Problemas Sociais	1	1
Problemas com Pensamento	0	2
Problemas de Atenção	12	4
Comportamento de Quebra de Regras	3	0
Comportamento Agressivo	0	0
Problemas Afetivos	3	1
Problemas de Ansiedade	1	3
Problemas Somático	1	4
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	8	2
Problemas de Desafio Opositor	0	0
Problemas de Conduta	1	0
Problemas Internalizantes	11-L	12-C
Problemas Externalizantes	3	0
Problemas Totais	27	21

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)

Na Figura 14 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que a classificação para subescala Déficit de Atenção na fase pré, C2 exibe percentil 99, alta pontuação para indicadores de dificuldades e maior probabilidade de apresentar o transtorno, já na fase pós sua pontuação diminuiu para percentil 37, apresentando classificação dentro da expectativa. Para a subescala Hiperatividade/Impulsividade na fase pré, obteve percentil 40, com classificação mediana e comportamento dentro da expectativa, já na fase pós houve uma diminuição para percentil 20, apresentando classificação sem indicadores de dificuldades. Quanto a subescala Problema de Aprendizagem, na pré-intervenção obteve percentil 60 e percentil 42 na fase pós-*follow-up*, apresentou classificação dentro da expectativa. O Comportamento Antissocial é outra subescala avaliada pelos professores, nota-se que na fase pré obteve classificação dentro da expectativa, percentil 40, mas na fase pós apresentou alguns ganhos e declínio do comportamento problema, percentil 14 com classificação sem indicadores de dificuldades.

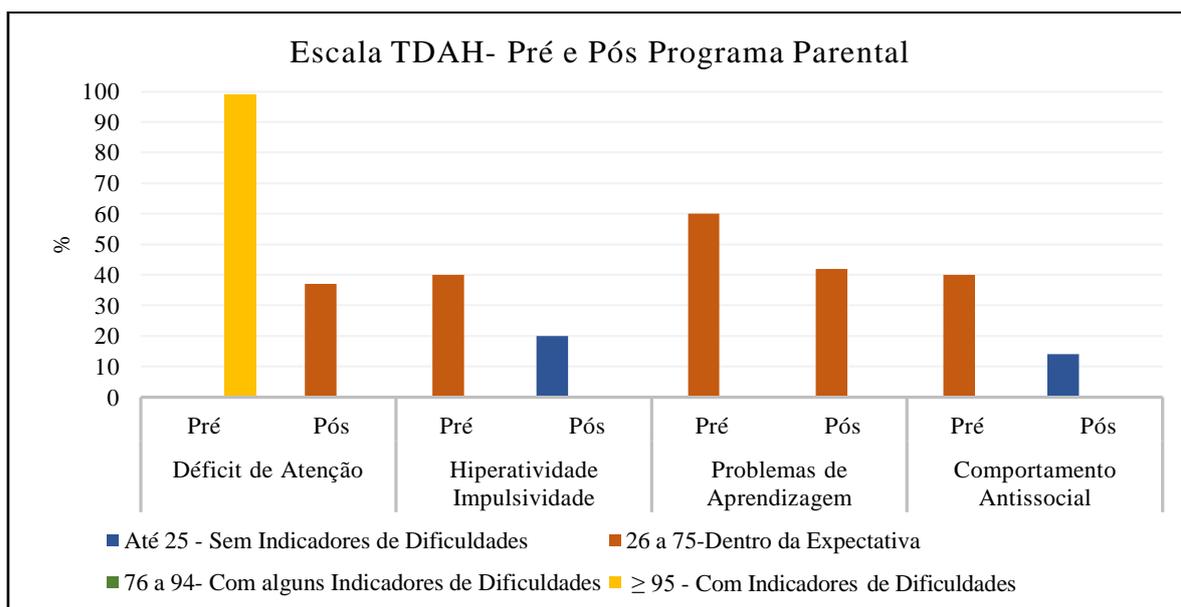


Figura 14. Resultados da avaliação de C2, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.2.2 Resultados dos Testes Neuropsicológicos de C2

Memória Operacional (MO)

Na Tabela 25 são apresentados os resultados obtidos a partir das classificações das respostas de C2 nas análises do IMO-WISC-IV, nota-se que o seu desempenho foi de 88 com classificação dentro da média inferior na fase pré-intervenção. Já na fase de pós-*follow-up*, houve um aumento no percentual, C2 apresentou desempenho 112 e sua classificação alcançou a média superior.

Tabela 25
Classificação obtida pelo participante C2 no IMO-WISC-IV

Índice Memória Operacional (IMO-WISC-IV)		
Fases	Classificação	Desempenho-IMO
Pré	Média Inferior	88
Pós	Média Superior	112

Testes de Atenção por Cancelamento (TAC)

Na Tabela 26 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que na fase pré o seu desempenho apresentou classificação dentro da média e abaixo da média. Na

fase de pós-*follow-up* houve alguns ganhos e aumento da pontuação nas três partes dos testes, contribuindo assim para um aumento no seu desempenho total, apresentando classificação dentro da média para todas as partes dos testes.

Tabela 26
Classificação obtida pelo participante C2 no TAC.

Testes de atenção por cancelamento (TAC)			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte 1: 83	Abaixo da Média	Parte 1: 114	Média
Parte 2: 96	Média	Parte 2: 91	Média
Parte 3: 61	Abaixo da Média	Parte 3: 113	Média
Total: 69	Abaixo da Média	Total: 114	Média

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta

Teste de TRILHAS (TT)

Na Tabela 27 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que na pré o seu desempenho nas duas partes dos testes e ainda na avaliação B-A classificações dentro da média. Na fase pós houve um aumento de suas pontuações na parte B do teste, contribuindo para um alto desempenho na parte B-A.

Tabela 27
Classificação obtida pelo participante C2 no teste de TRILHAS.

Testes TRILHAS			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte A: 108	Média	Parte A: 108	Média
Parte B: 101	Média	Parte B: 139	Alta
Parte B-A: 100	Média	Parte B-A: 137	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)

Na Figura 15 são apresentados os resultados obtidos no teste CPT a partir da avaliação de C2 para investigar a probabilidade da existência de problema de atenção, nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que o índice clínico na fase pré foi de 53,66% de

chances para a existência de problema de atenção, compatível com indicadores de desatenção e impulsividade. Já na fase pós, observa-se diminuição do comportamento problema, apresentou 44,11% de chances para a existência de problema de atenção.

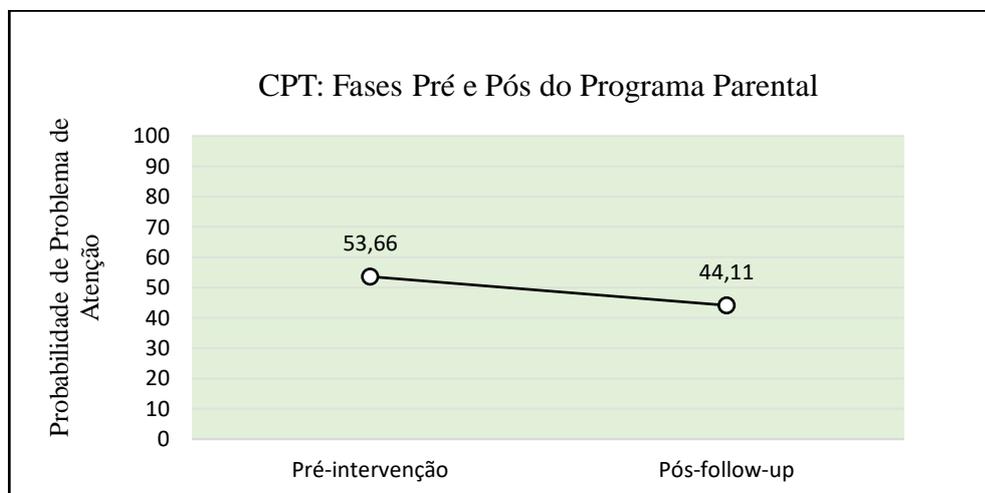


Figura 15. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Na Figura 16 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 nas fases de pré-intervenção e de pós-follow-up. Nota-se que o seu desempenho inicial para o índice Inibição o percentil foi de 50 com pontuação dentro de uma classificação sem indicadores de dificuldades, quanto ao índice Flexibilidade o percentil 25 apresentou indicadores de dificuldades não clínico. Na fase de pós-follow-up houve alguns ganhos e aumento de percentis, ambos passaram para 95, essas pontuações permitem inferir bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo após o programa parental.

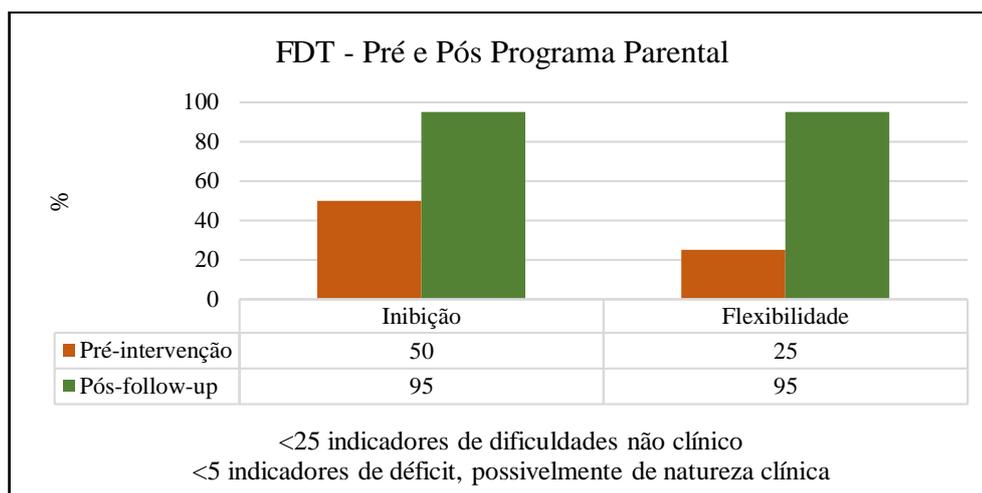


Figura 16. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C2 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.3 Família 3 (Mãe 3-M3; Pai 3-P3 e Criança 3-C3)

A composição familiar onde residem é formada pelo pai, mãe e C3, o único filho do casal. Em 2016, C3 passou pelo programa de avaliação neuropsicológica, por conta da escola ter solicitado uma avaliação para investigar a queixa do TDAH. Os pais (P3 e M3) relataram na época que C3 distraia-se diante de qualquer estímulo, apresentava dificuldades na aprendizagem e para se concentrar nas tarefas escolares. A avaliação clínica do neurologista, indicou a presença de sinais de Desatenção e Hiperatividade, compatível com o Transtorno. Sugeriu-se acompanhamento com médico da infância e adolescência (neurologista ou psiquiatra) junto com acompanhamento psicoterápico para as dificuldades emocionais e comportamentais, assim como, participação em grupo de pais de crianças com TDAH.

Ambos os pais participaram da avaliação pré-intervenção e do programa de intervenção. Quanto ao interesse pelo projeto, ambos expuseram desconhecimento do TDAH, dos problemas comportamentais do filho, nomearam as atitudes como: preguiça, desorganização, desatenção, dificuldades na escola e para obedecer às regras. Além disso, relataram dificuldade em contornar os conflitos familiares, como a discórdia na maneira de estabelecer as regras, expor os limites, a disciplina e dificuldades para encontrar o manejo adequado na educação de C3. Outro tema, pautou-se na resistência em aderir o tratamento medicamentoso e buscar por psicoterapia, preferiram tentar outras alternativas para ajudá-lo, tendo a participação no grupo como uma opção de apoio e orientação. Na Tabela 28 são apresentadas as tarefas solicitadas e executada pela M3 e P3 conforme os temas de cada encontro do programa parental.

Tabela 28

Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M3.

Encontro	Tarefa Solicitada	Tarefa Realizada	Orientação e Discussão
1º Encontro Conhecimento sobre TDAH	<p>1. O que você sabe sobre o TDAH?</p> <p>2. O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH?</p> <p>3. Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente?</p> <p>4. Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?</p>	<p>1 e 2. M3 e P3, inicialmente, respondem que o transtorno prejudica o comportamento da criança na escola, principalmente, no momento de prestar atenção. Segundo os pais, C3 só tem “<i>atenção apenas para o que interessa</i>”, pois sente dificuldade na escola e não consegue fazer as lições sozinho.</p> <p>3. Os pais relatam que a criança se distrai, só presta atenção nas brincadeiras, não consegue ficar sentado por muito tempo, sente dificuldades de aprendizagem e concentração nas tarefas escolares, sente preguiça, é desorganizado e sente dificuldade em seguir regras, pois sempre pede para esperar mais um pouco.</p> <p>4. Os pais relatam que sentem dificuldade de compreender o comportamento do filho; manejar adequadamente os conflitos familiares; estabelecer regras e limites e em dizer “não” aos pedidos do filho.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o TDAH e sobre as dificuldades que a criança pode apresentar para se organizar, planejar e executar tarefas.</p> <p>Recebeu treinamento sobre o que é TDAH e como afeta no comportamento das crianças. Realizou Treinamento com o Baralho do TDAH.</p>
2º Encontro Comportamentos Adequados e Inadequados	<p>Teatro Pais e Filhos: Cena 1 “Maquiagem da mamãe” e Cena 2 “O Banho”</p> <p>Reflexão:</p> <p>1. Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade?</p> <p>2. O que foi exagerado ou inadequado nas cenas?</p>	<p>Análise das Cenas:</p> <p>1. Os pais relatam que se sentiram injustiçados e desrespeitados pelo exagero das mães ao punir a criança, com xingamentos e com o castigo severo.</p> <p>2. Para M3 a criança pegou a maquiagem por curiosidade, “<i>a mãe deveria deixar longe do alcance da criança</i>”.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o comportamento esperado ao longo do desenvolvimento de uma criança.</p> <p>Reflexão: Para os pais, é necessário fazer acordo com os filhos, não podemos punir exageradamente uma criança.</p>
3º Encontro Relacionamento Afetivo e Envolvimento	<p>Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe.</p> <p>Exercício: Você Conhece Bem o Seu Filho.</p> <p>1. Quem é o seu filho (a)?</p> <p>2. Como você enxerga o futuro do seu filho (a)?</p> <p>3. Como as pessoas veem seu filho (a)?</p>	<p>Leitura realizada:</p> <p>1. Para os pais: “<i>Garoto carinhoso, amigo, justo, educado e pessoa do bem</i>”.</p> <p>2. Para os pais: “<i>Futuro calmo, sem muitas dificuldades pessoais e profissionais</i>”.</p> <p>3. Para os pais: “<i>Um garoto carinhoso, educado, mas, às vezes irritante e chato</i>”.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre relacionamento afetivo e envolvimento.</p> <p>Discussão: Reflexão de uma mãe parte do texto analisada: “<i>Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias</i>”. Os pais participantes perceberam a importância de seus papéis enquanto cuidadores</p> <p>Para a M3 o filho tem preguiça de fazer as tarefas. Relata a importância de fazer as negociações, acordos que devem ser seguidos. Mas, ainda sente dificuldades frente aos pedidos do filho, “<i>ele testa e</i></p>

			<i>vence pela exaustão e insistência”.</i>
4° Encontro Conhecimento sobre Práticas Educativas Parentais	<p>Leitura: Paternidade Responsável.</p> <p>Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.</p>	<p>Reflexão da leitura: Parte do texto: <i>“O pai deu-se conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade... será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano”.</i></p> <p>1. Atividades para criar um clima agradável, segundo P3: <i>“Um dia para assistir ao filme, ficar em casa com a família. Ajudar nos deveres escolares e sair para jogar bola no parque”.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Parentais.</p> <p>Reflexão de P3: <i>É importante realizar atividade de lazer com as crianças.</i> Menciona a importância de estar juntos nestes momentos, mesmo que seja nas coisas simples, por exemplo: bater bola no parque, P3 diz que foi algo que o filho comentou ser maravilhoso, essa alegria de C3 representa felicidade: <i>“ganhei o dia”</i> (sorri).</p>
5° Encontro Regras e Limites	<p>Leitura: Divirta-se com Seus Filhos! Exercícios:</p> <p>1. Na sua casa existem as regras de diversão, sim ou não?</p> <p>2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir?</p> <p>3. Que valores e princípios essas regras ensinarão ao seu filho?</p>	<p>Reflexão da leitura do texto:</p> <p>Respostas de P3:</p> <p>1. P3 <i>“Um dia para assistir filmes e desenhos com ele”.</i></p> <p>2. P3 <i>“Regras para ficarmos juntos”.</i></p> <p>3. P3 <i>“O quanto é bom ter uma casa, lar, família que ama e se sentir amado”</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Regras e Limites.</p> <p>Reflexão sobre a função do brincar para trabalhar a interação pais-filhos referente os conceitos de regras e limites.</p> <p>Os pais relatam que o filho gosta das revistas do Cebolinha, porém as palavras são escritas de maneira errada, tornando a leitura confusa. Por isso, os pais passaram a ler junto com o filho, porque ele gosta das histórias, assim a leitura é feita em conjunto, para corrigir as palavras escritas erradas.</p>
6° Encontro Autoconhecimento: Práticas Educativas Positivas e Negativas	<p>Levantamento: Exercício de Autoconhecimento: Qualidades x Oportunidades e Dificuldades x Problemas</p>	<p>Tarefa não realizada pelos pais.</p>	<p>Realizou o treinamento com o Baralho de Cartas das Práticas Educativas Parentais.</p> <p>Reflexão: Reconhecimento de suas qualidades e ganhos conquistados.</p> <p>Reconhecimento de suas dificuldades e problemas enfrentados.</p>
7° Práticas Educativas Negativas versus Consequências	<p>Exercícios:</p> <p>1. Anotar comportamento que gostaria de mudar.</p> <p>2. Quantas vezes você emitiu esse comportamento?</p>	<p>Respostas do pai:</p> <p>1. P3 <i>“Sou pouco sociável. Numa conversa com cliente poderia conseguir mais trabalhos. Em conversas com fornecedor e parceiros de trabalho, corto assunto”.</i></p> <p>2. P3 <i>“Durante a semana no período de trabalho”.</i></p> <p>Respostas da mãe:</p> <p>1. M3 <i>“Às vezes, acho que sou muito exigente e cobro, mas no final, deixo C3 livre para fazer o que tem vontade”.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas Negativas versus consequências.</p> <p>Recebeu mais Treino de Práticas educativas negativas com o Baralho de cartas.</p> <p>Os pais relatam que se enquadram mais na disciplina relaxada, pois muitas vezes não cumprem a regra estabelecida e aceitam os pedidos do filho quando ele insiste. Compreendem a necessidade de agirem com mais direcionamento e manter a sua</p>

		2. M3, “ <i>Mas as vezes também sei dizer chega e imponho os limites</i> ”.	palavra e não postergar ou adiar as tarefas por conta dos pedidos insistentes do filho.
8º Práticas Educativas Positivas versus Consequências	Exercícios: 1. Identificar o problema. 2. Ação. Qual atitude?	Respostas M3 e P3: 1. Problema: C3 demora para tomar banho. 2. Atitude: Os pais chamam a sua atenção.	Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas positivas versus consequências. Recebeu mais Treino de Práticas educativas positivas com o Baralho de cartas. M3 relata que já ameaçou bater de varinha, espada de São Jorge em seu filho, com a justificativa de que precisava educar e corrigir o filho. A mãe expõe que bater é o modo mais rústico de educar, diz que antigamente criava-se os filhos assim, mas, bater nunca “ <i>é bom é preciso buscar outros meios para educar</i> ”
9º Fechamento Revisão e Encerramento	Exercícios: Estimular a Autonomia. Experimentar, deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho. 1. Tarefa a ser realizada. 2. Orientação do Pai 3. Resultado da tarefa realizada.	1. P3 “ <i>Guardar o material</i> ”. 2. P3 “ <i>Verifica as matérias para separar o material</i> ”. 3. P3 “ <i>Algumas vezes faltou algum material</i> ”. 1. M3 “ <i>Guardar os brinquedos</i> ”. 2. M3 “ <i>Pegar todos os brinquedos que estão empilhados</i> ”. 3. M3 “ <i>Todos os brinquedos no lugar</i> ”.	O pai relata que o filho sempre duvidou que a mãe cumprisse a sua palavra em relação aos acordos referente as regras e as consequências, no entanto, ele começou a perceber que agora ela está cumprindo com a palavra, mas ele ainda acha estranho. Segundo M3 os encontros trouxeram aprendizado. Diz que antes achava que os comportamentos do filho, “os indesejáveis” era falta de palmadas, mas hoje compreende o que é o transtorno e as dificuldades que estão atreladas a ele.

4.2.3.1 Resultados dos testes comportamentais de C3

Questionário baseado nos sinais de TDAH de acordo com o DSM-5

Na Tabela 29 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas de M3 e P3 antes e após das suas participações no programa parental. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do questionário. Nota-se que C3 apresenta 5 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de Desatenção e 4 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de hiperatividade-impulsividade na pré-intervenção. Observa-se, que na fase de pós-*follow-up* os pais perceberam que C3 apresentou apenas diminuição dos sintomas de hiperatividade-impulsividade.

Tabela 29.
Classificação obtida pelo participante C3 no questionário baseado no DSM-5.

DSM-5	Queixas	Pré	Pós
Desatenção		5 indicadores	5 indicadores
Hiperatividade-Impulsividade		4 indicadores	1 indicadores

Nota: classificação para indicadores de dificuldades acima de seis pontos brutos na soma das respostas para frequentemente e muito frequentemente para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18)

Na Tabela 30 são apresentados os resultados das pontuações brutas obtidos a partir das respostas dos pais M3 e P3 ao CBCL-6/18 antes e após a participação no programa parental. Nota-se que na avaliação de pré-intervenção e de pós-*follow-up*, C3 não apresentou dificuldades na faixa clínica ou limítrofe, no entanto, alguns dos itens individuais foram apontados referente as dificuldades enfrentadas por C3, como “não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo”, “não consegue parar sentado (a), não parar quieto (a) ou hiperativo (a)”, “vive no mundo da lua, ou perde-se em seus pensamentos”, “não vai bem na escola, tira notas baixas”, “desatento (a), distrai-se facilmente”. Percebe-se que na pós-*follow-up*, os pais indicaram alguns pontos a menos nas questões que compõem a maioria das escalas de problemas de comportamento.

Tabela 30.
Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C3 na perspectiva da M3 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

CBCL/6-18	Pré Intervenção	Pós Follow-up
Ansiedade e Depressão	1	0
Retraimento	0	0
Queixa Somática	0	1
Problemas Sociais	5	1
Problemas com Pensamento	1	1
Problemas de Atenção	7	5
Comportamento de Quebra de Regras	1	1
Comportamento Agressivo	1	1
Problemas Afetivos	0	0
Problemas de Ansiedade	2	1
Problemas Somático	0	0
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	6	4
Problemas de Desafio Opositor	0	1
Problemas de Conduta	1	1
Problemas Internalizantes	1	1
Problemas Externalizantes	2	2
Problemas Totais	19	12

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

TRF/6-18. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos

Na Tabela 31 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores ao TRF-6/18 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do instrumento. Nota-se que considerando a avaliação inicial, C3 apresentava indicadores de dificuldades na faixa clínica e limítrofe para as escalas de problemas de atenção, déficit de atenção hiperatividade, condutas, problemas externalizantes e problemas totais. Os índices identificados pelo professor que mais contribuíram para as dificuldades de C3 foram: “faz sons com a boca ou outros barulhos estranhos durante a aula”, “não termina as coisas que começa”, “não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo”, “não consegue parar sentado (a), não para quieto (a) ou é hiperativo (a)”, “fica confuso (a) ou desorientado (a)”, “é inquieto (a)”, “vive no mundo da lua ou perde-se em seus pensamentos”, “perturba os outros alunos”, “tem dificuldades para aprender”, “não vai bem na escola, tira notas baixas”, “perturba a disciplina durante a aula”, “o seu trabalho é bagunçado”, “é desatento, distrai-se facilmente”, “não tem o rendimento que poderia ter, não desenvolve o seu potencial”, “fala demais”, “não consegue cumprir as tarefas que lhe são dadas”, “mete-se em brigas”, “ataca fisicamente as pessoas”, “gosta de gozar dos outros”, “é barulhento demais”, “não se sente culpado depois de se comportar mal” e “comporta-se de modo irresponsável”. Na fase de pós-*follow-up* o professor indicou alguns pontos a menos nas questões que compõem as escalas de problemas de atenção, comportamento agressivo, problemas de déficit de atenção hiperatividade, problemas de desafio opositor, problemas de conduta, problemas externalizantes passando para classificação normal, quanto a escala problemas totais, apresentou melhoras. Observa-se que houve aumento de ponto assinalado pelo professor na escala de problemas internalizantes, indicando uma classificação clínica.

Tabela 31.

Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C3 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

TRF/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	3	4
Retraimento	4	8
Queixa Somática	0	1
Problemas Sociais	4	3
Problemas com Pensamento	1	0
Problemas de Atenção	41-C	27
Comportamento de Quebra de Regras	4	4
Comportamento Agressivo	18-L	2
Problemas Afetivos	4	3
Problemas de Ansiedade	2	1
Problemas Somático	0	1
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	23-C	12
Problemas de Desafio Opositor	3	1
Problemas de Conduta	12-L	5
Problemas Internalizantes	7	13-C
Problemas Externalizantes	22-C	6
Problemas Totais	76-C	49-L

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)

Na Figura 17 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que a classificação para as subescalas Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problema de Aprendizagem e Comportamento Antissocial na fase de pré-intervenção, C3 exibe percentil entre 95 e 99, com alta pontuação para indicadores de dificuldades e maior probabilidade de apresentar o transtorno. Contudo, na fase de pós-*follow-up* a sua pontuação diminuiu em todas as subescalas. Observa-se que na subescala Déficit de Atenção, C3 atingiu percentil 84, apresentando classificação com alguns indicadores de dificuldades. A subescala Hiperatividade/Impulsividade, apresentou percentil 53, classificação dentro da expectativa. Quanto a subescala Problema de Aprendizagem, apresentou percentil 54, com classificação dentro da expectativa. Para o Comportamento Antissocial, alguns ganhos e declínio do comportamento problema foram conquistados, alcançou percentil 15 com classificação sem indicadores de dificuldades.

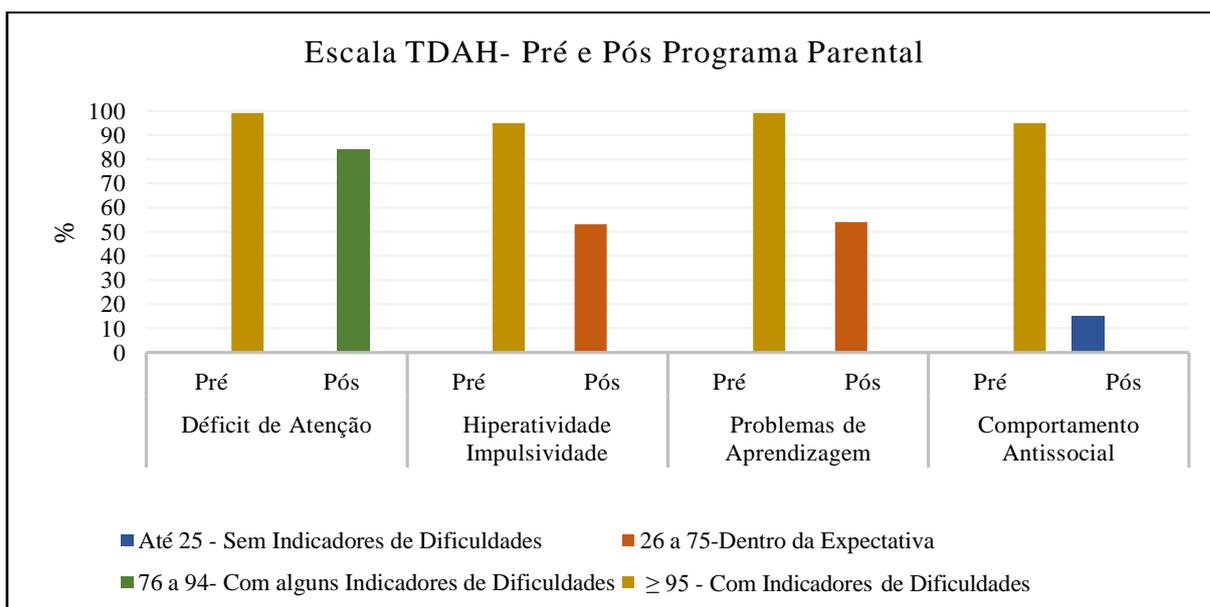


Figura 17. Resultados da avaliação de C3, obtidos a partir dos indicadores da Escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.3.2 Resultados dos testes neuropsicológicos de C3

Memória Operacional (MO)

Na Tabela 32 são apresentados os resultados obtidos a partir das classificações das respostas de C3 nas análises do IMO-WISC-IV, nota-se que o seu desempenho foi de 103 com classificação dentro da média na fase pré-intervenção. Já na fase de pós-*follow-up*, houve um aumento no percentual, C3 apresentou desempenho 109, entretanto, permaneceu com classificação dentro da média.

Tabela 32
Classificação obtida pelo participante C3 no IMO-WISC-IV

Índice Memória Operacional (IMO-WISC-IV)		
Fases	Classificação	Desempenho-IMO
Pré	Média	103
Pós	Média	109

Testes de Atenção por Cancelamento (TAC)

Na Tabela 33 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na fase pré o desempenho nas três partes dos testes e ainda na

pontuação total, todas as classificações dentro da média. Na fase pós houve alguns ganhos e aumento da pontuação nas três partes dos testes, contribuindo assim para um aumento no seu desempenho total, apresentando média e alta classificação.

Tabela 33
Classificação obtida pelo participante C3 no TAC.

Testes de atenção por cancelamento (TAC)			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte 1: 96	Média	Parte 1: 112	Média
Parte 2: 103	Média	Parte 2: 104	Média
Parte 3: 114	Média	Parte 3: 118	Alta
Total: 105	Média	Total: 116	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de TRILHAS (TT)

Na Tabela 34 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na pré o seu desempenho na primeira parte do teste foi abaixo da média e ainda na avaliação B-A sem classificações. Na fase pós houve alguns ganhos e aumento de suas pontuações em todas as partes dos testes, contribuindo assim, para um aumento no seu desempenho total, apresentando média e alta classificação.

Tabela 34
Classificação obtida pelo participante C3 no teste de TRILHAS.

Testes TRILHAS			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte A: 47	Abaixo da Média	Parte A: 109	Média
Parte B: 00	Sem Classificação	Parte B: 129	Alta
Parte B-A: 00	Sem Classificação	Parte B-A: 127	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)

Na Figura 18 são apresentados os resultados obtidos no teste CPT a partir da avaliação de C3 para investigar a probabilidade da existência de problema de atenção, nas fases de pré-

intervenção e de pós-*follow-up* do programa parental. Nota-se que o índice clínico na fase pré foi de 93,37% de chances para a existência de problema de atenção, compatível com indicadores de desatenção e impulsividade. Já na fase pós, observa-se diminuição do comportamento problema, apresentou 69,83% de chances para a existência de problema de atenção.

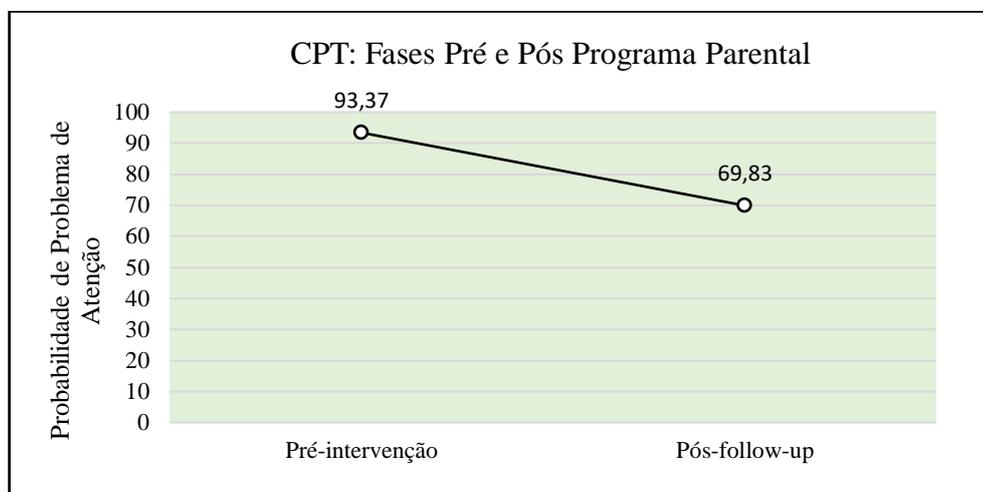


Figura 18. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Na Figura 19 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo nas duas fases do programa parental o seu desempenho nos índices Inibição e Flexibilidade, ambos resultados apresentam percentis 95, com pontuações dentro de uma classificação sem indicadores de dificuldades.

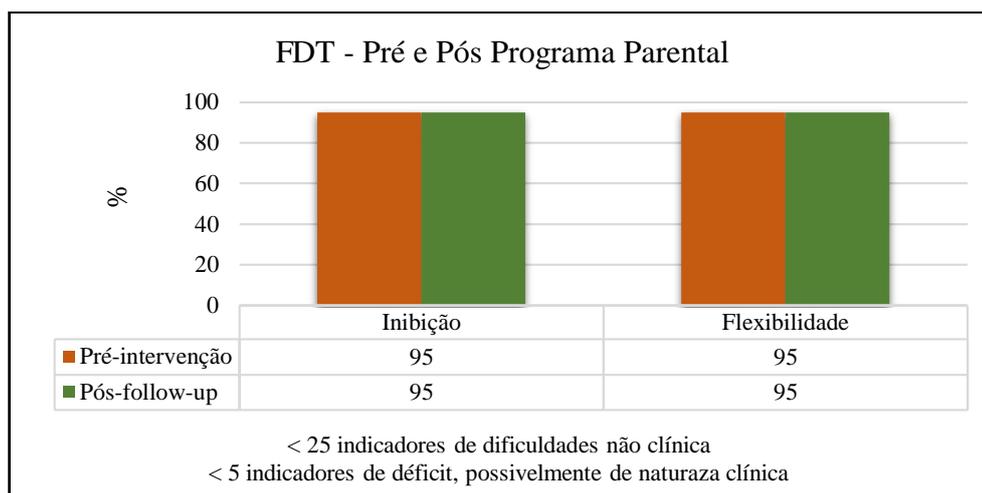


Figura 19. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C3 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.4 Família 4 (Pai 4-P4 e Criança 4-C4)

A composição familiar onde P4 e C4 residem, é formada pela esposa (não pôde participar por causa do horário de trabalho) e uma filha caçula. Em 2014 e 2017, C4 passou pelo programa de avaliação neuropsicológica, por conta da escola solicitar uma avaliação neuropsicológica. P3 relatou que C4 distraia-se diante de qualquer estímulo, não conseguia cumprir uma rotina, e não concluída o que se dispunha a fazer, por dificuldade na organização. A avaliação clínica realizada pelo neurologista indicou a presença de sinais de Desatenção e Hiperatividade. C4 em 2015 passou por uma avaliação fonoaudiológica que mostrou alteração no PAC (Processamento Auditivo Central) e no mesmo ano, realizou intervenções que perdurou por aproximadamente dois anos. Em 2016 passou por acompanhamento psicológico por oito meses.

P4 e sua esposa mostraram-se interessados desde o início pelo projeto, como a agenda da esposa não era compatível com os dias e horários estipulados, P4 assumiu a responsabilidade de participar e dividir com a esposa todas as tarefas e ensinamentos que foram propostos para a intervenção. P4 relatou que a rotina da casa é dividida com a esposa, muitas vezes acompanha as crianças com as tarefas de casa, estabelece rotinas como hora do banho, tarefas escolares e brincadeiras, entre outras atividades do lar. Sua maior preocupação estava relacionada aos estudos de C4, que apresentava dificuldade de priorizar as responsabilidades, como: organizar o material escolar, interpretar texto, desatenção e dificuldade em falar sobre seus sentimentos, pois chorava por qualquer motivo. Na Tabela 35 são apresentadas as tarefas solicitadas e executada pela P4 conforme os temas de cada encontro do programa parental.

Tabela 35

Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de P4.

Encontro	Tarefa Solicitada	Tarefa Realizada	Orientação e Discussão
1º Encontro Conhecimento sobre TDAH	<p>1. O que você sabe sobre o TDAH?</p> <p>2. O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH?</p> <p>3. Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente?</p> <p>4. Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?</p>	<p>1 e 2. P4 relata que busca informações sobre o transtorno, que fazer parte do grupo pode ajudá-lo a uma melhor compreensão das dificuldades do filho. O pai relata que o TDAH atrapalha a vida da criança, prejudicando-a na escola, na organização e na compreensão das atividades.</p> <p>3. Apresenta distração, dificuldade em cumprir rotina escolar e de se organizar.</p> <p>4. Dificuldade de manejar adequadamente o comportamento do filho, quanto a organização da vida diária; orientação em relação a expressão dos sentimentos de C4 por ser reservado e sensível, pois chora por diferentes motivos.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o TDAH e sobre as dificuldades que a criança pode apresentar para se organizar, planejar e executar tarefas.</p> <p>Recebeu treinamento sobre o que é TDAH e como afeta no comportamento das crianças, realizou treinamento usando o Baralho do TDAH.</p>
2º Encontro Comportamentos Adequados e Inadequados	<p>Teatro Pais e Filhos: Cena</p> <p>1 “Maquiagem da mamãe” e Cena 2 “O Banho”</p> <p>Reflexão:</p> <p>1. Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade?</p> <p>2. O que foi exagerado ou inadequado nas cenas?</p>	<p>Análise das cenas:</p> <p>1. Cena 1: Injustiçado. Cena 2: Desrespeitado.</p> <p>2. <i>“Nas duas cenas as mães foram controladoras e usaram do seu poder para controlar de forma exagerada, agressiva e desrespeitosa. Na cena 1 a mãe bate, coloca a criança de castigo no quarto e deixa sem alimento. Na cena 2, a mãe desrespeita o filho na frente do amigo”.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o comportamento esperado ao longo do desenvolvimento de uma criança.</p> <p>Reflexão do pai: Segundo P4 antes de punir a criança é preciso negociar sem controlar excessivamente. No caso da cena 1 com o exagero da mãe, a criança pode crescer egoísta – não querer compartilhar as coisas com outras pessoas, pelo exagero da mãe ao punir a filha por ter derrubado a maquiagem.</p>
3º Encontro Relacionamento Afetivo e Envolvimento	<p>Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe.</p> <p>Exercício: Você Conhece Bem o Seu Filho.</p> <p>1. Quem é o seu filho (a)?</p> <p>2. Como você enxerga o futuro do seu filho (a)?</p> <p>3. Como as pessoas veem seu filho (a)?</p>	<p>Leitura realizada</p> <p>1. <i>“Uma criança muito meiga e emotiva, que gosta de brincar. Obediente, prestativo, disposto e que está construindo sua formação. Muito sensível, se impressiona com algumas coisas que descobre”.</i></p> <p>2. <i>“Tentamos não criar expectativas quanto ao que ele será ou fará no futuro. Temos a preocupação de instruí-lo e fortalecer seu caráter para que ele tenha confiança, autoridade e conhecimento para ser bem-sucedido no que quer que ele queira”.</i></p> <p>3. <i>“Tal como os pais dele, as pessoas que os conhecem percebem sua natureza meiga.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre relacionamento afetivo e envolvimento.</p> <p>Discussão: Reflexão de uma mãe: recorte do texto: <i>“Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias”.</i> Os pais participantes perceberam a importância de seus papéis enquanto cuidadores.</p> <p>P4 reconhece as qualidades e as dificuldades do filho, relata que C4 demora para fazer as tarefas escolares e se negociar com o filho, ele pode reduzir o tempo para fazer as tarefas, relata que vai tentar negociar mais vezes. Segundo o relato do pai, <i>“é natural da criança testar o</i></p>

		<i>Algumas pessoas o acham um tanto quanto tímido, outros o descrevem como super discreto”.</i>	<i>adulto, como pedir para a mãe e para o pai, por exemplo, sair para brincar, para ver se tem algum ganho e arrumar saídas para o “não” dito por um deles”.</i> Comenta a dificuldade de dizer e cumprir “não”.
4° Encontro Conhecimento sobre Práticas Educativas Parentais	Leitura: Paternidade Responsável. Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.	Reflexão da leitura: Reflexão do texto: recorte do texto: <i>“O pai deu-se conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade. Será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano”.</i> Resposta do pai: P4 relata que jogou xadrez, saíram para tomar sorvete e deixou com que os filhos fizessem o bolo sozinhos (para promover autonomia); menciona que hoje em dia eles já sabem fazer pipoca sem ajuda. P4 disse que a cozinha é usada para promoção da autonomia, aprendizado e interação entre a família.	Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Parentais. Segundo P4, o filho é muito fofo, cuidadoso, prestativo e também desajeitado. Fala que se preocupa com o jeito dele. Está tentando ser menos rígido, para deixá-lo mais confiante, para conquistar autonomia.
5° Encontro Regras e Limites	Leitura: Divirta-se com Seus Filhos! Exercícios: 1. Na sua casa existem as regras de diversão, sim ou não? 2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir? 3. Que valores e princípios essas regras ensinarão ao seu filho?	1. <i>“No carro brincamos de identificar os carros da frente, o formato do rosto que cada carro parece ter.”</i> 2. <i>“Depende do tipo de regra, algumas são para disciplinar (ex: banho, cada dia um toma banho primeiro). Outras são recursos para desenvolver uma habilidade, trabalhar a memória e organização (ex: recados ou informações devem ser escritas na lousa)”.</i> 3. <i>“Se tornarem pessoas responsáveis e conscientes, alguns ajudam a perceber que certas ações têm consequências, outras são para torná-los autônomos e independentes”.</i>	Recebeu aula expositiva sobre Regras e Limites. Reflexão sobre a função do brincar para trabalhar a interação pais-filhos e os conceitos de regras e limites. P4 relata que os filhos gostam da leitura das histórias antes de dormirem. Segundo P4 os filhos já decoraram, mas ainda assim, gostam de passar o momento com o pai. Diz que, geralmente, ele e os filhos negociam a história e que, agora, se eles forem para a cama no horário combinado tem história, caso contrário, não tem leitura. Relata que tem respeitado o acordo.
6° Encontro Autoconhecimento: Práticas Educativas Positivas e Negativas	Levantamento: Exercício de Autoconhecimento: Qualidades x Oportunidades e Dificuldades x Problemas	Qualidades: <i>“Sou participativo das atividades e rotinas dos meus filhos, brincalhão, carinhoso”.</i> Oportunidades: <i>“Estar presente na vida dos meus filhos o máximo de tempo possível. Permitir que coisas simples possam ser lembradas e sentidas de forma positiva.”</i>	Recebeu aula expositiva sobre autoconhecimento e monitoria negativa e positiva. Treino com as cartas do Baralho das práticas educativas parentais, introdução as práticas positivas e negativas. Reflexão: Discussão sobre as suas qualidades e ganhos conquistados. Discussão sobre

		<p><i>Ensinar a demonstrar e receber atenção”.</i></p> <p>Dificuldades: <i>“Às vezes, o tempo é pouco para fazer tudo. Por ser bastante brincalhão, quando falo sério, parece uma bronca. Gosto de demonstrar carinho talvez seja visto como bobo”.</i></p> <p>Problemas: <i>“A postura as vezes um pouco infantil, tenho medo de passar do limite. Eles se sentem tímidos. Gostaria de fazer com que eles se sintam seguros para contar as coisas boas e ruins para mim”.</i></p>	<p>as suas dificuldades e problemas enfrentados.</p>
<p>7º Práticas Educativas Negativas versus Consequências</p>	<p>Exercícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anotar comportamento que gostaria de mudar. 2. Quantas vezes você emitiu esse comportamento? 	<p>Resposta de P4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“Preciso melhorar minhas fiscalizações sobre as tarefas que C4 está começando a desenvolver, orientando-o de maneira mais clara e objetiva”.</i> 2. <i>“De manhã C4 é responsável pela organização, arrumação do material escolar, higiene pessoal e alimentação, antes de sair para escola. Por três vezes na semana ele fez de maneira relaxada ou esqueceu de realizar algumas coisas básicas, como passar desodorante e separar o material escolar. Ele não percebe que quando deixa de se organizar sempre existe uma consequência. Eu tentei não brigar, mas ressaltar como as consequências são ruins”.</i> 	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas Negativas versus consequências.</p> <p>Recebeu mais Treino de Práticas educativas negativas com o Baralho de cartas.</p> <p>Reflexão: P4 relata que os pais acabam cometendo equívocos, erram tentando acertar. O pai admite que por muito tempo adotou uma monitoria inconsistente. Diz que durante muito tempo teve uma postura agressiva. <i>“Se eu não ensinar em casa, a rua ensina”.</i></p> <p>Para P4 as atividades com as cartas de práticas educativas ajudam visualizar seus próprios comportamentos, pois com as frases e as imagens das figuras, consegue se identificar com os comportamentos que por vezes ainda pratica, mas agora com clareza das consequências.</p>
<p>8º Práticas Educativas Positivas versus Consequências</p>	<p>Exercícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o problema. 2. Ação. Qual atitude? 	<p>Resposta de P4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problema: C4 relaxado com suas coisas. 2. Atitude: Oriento a importância dos cuidados pessoais. 	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas positivas versus consequências.</p> <p>Recebeu mais Treino de Práticas educativas positivas com o Baralho de cartas.</p> <p>P4 relata que tem problemas com o descuido e a bagunça com as coisas de casa. Fala que o comportamento e atitude que teve foi de realizar uma brincadeira de caça ao tesouro, para que o filho encontrasse as coisas que ele deixou bagunçado e que estavam “perdidas”. Por fim, comenta que tenta relacionar as coisas que os filhos fazem com as consequências de seus atos.</p>

9º Fechamento Revisão e Encerramento	Exercícios: Estimular a Autonomia. Experimentar, deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho. 1. Tarefa a ser realizada. 2. Orientação do Pai 3. Resultado da tarefa realizada.	1. <i>“Arrumar a cama, organizar a roupa que vai vestir e cortar as próprias unhas”.</i> 2. <i>“Depois de levantar, você deve arrumar a cama e dobrar o lençol. Selecione que roupa vai vestir para ficar em casa ou para ir à escola”.</i> 3. <i>“Conseguiu arrumar a cama, mas o lençol ficou torto. Preciso lembrá-lo, só funciona por dois dias, depois esquece. Separa as roupas”.</i>	Reflexão: Segundo P4 o programa parental foi esclarecedor, pois agora consegue refletir para melhorar suas ações enquanto cuidador, foi importante para se conhecer, ter clareza de como transmitir o que deseja. Diz entender a importância de explicar o porquê das coisas para os filhos e compartilhar com os colegas do grupo o que pratica em casa e quais os resultados alcançados, fala também que os exercícios levaram a uma melhor reflexão.
---	--	---	--

4.2.4.1 Resultados dos testes comportamentais de C4

Questionário baseado nos sinais de TDAH de acordo com o DSM-5

Na Tabela 36 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas de P4 antes e após a sua participação no programa parental. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do questionário. Nota-se que C4 apresenta 1 indicador de dificuldades referentes aos sintomas de desatenção nas fases, de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Quanto aos problemas de hiperatividade-impulsividade, não foi identificado como comportamento problema.

Tabela 36

Classificação obtida pelo participante C4 no questionário baseado no DSM-5.

DSM-5		
Queixas	Pré	Pós
Desatenção	1 indicadores	1 indicadores
Hiperatividade-Impulsividade	Sem indicadores de Dificuldades	Sem indicadores de Dificuldades

Nota: classificação para indicadores de dificuldades acima de seis pontos brutos na soma das respostas para frequentemente e muito frequentemente para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18)

Nota-se na Tabela 37 a avaliação inicial, C4 não apresentava dificuldades na faixa clínica e limítrofe em nenhuma das escalas de problemas emocionais/comportamentais. Observa-se que houve aumento de pontos assinalados nas escalas de ansiedade e depressão, problemas internalizantes, retraimento, problemas de atenção, problemas afetivos e os itens

individuais que contribuíram para a identificação de suas dificuldades foram: “tem medo de pensar e fazer algum coisa ruim ou errada”, “acha que tem que fazer tudo perfeito”, “não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção, por muito tempo” e “desatento (a) ou distrai-se facilmente”.

Tabela 37. Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C4 na perspectiva da M4 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

CBCL/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	5	9-L
Retraimento	1	3
Queixa Somática	0	0
Problemas Sociais	5	4
Problemas com Pensamento	0	1
Problemas de Atenção	4	8
Comportamento de Quebra de Regras	0	0
Comportamento Agressivo	1	1
Problemas Afetivos	1	3
Problemas de Ansiedade	0	2
Problemas Somático	0	0
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	4	5
Problemas de Desafio Opositor	1	0
Problemas de Conduta	0	0
Problemas Internalizantes	6	12-C
Problemas Externalizantes	1	1
Problemas Totais	19	28

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18)

Na Tabela 38 são apresentados os resultados obtidos a partir da resposta do professor ao TRF-6/18 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que considerando a avaliação inicial, C4 apresentava indicadores de dificuldades na faixa clínica e limítrofe para as escalas de ansiedade e depressão, retraimento, problemas sociais, problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas internalizantes e problemas totais. Os índices identificados pelo professor que mais contribuíram para as dificuldades de C4, foram: “chora muito”, “fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade”, “preocupado (a) com o que os outros vão pensar dele (a)”, “fica magoado (a) quando criticado (a)”, “tem medo de errar”, “prefere estar sozinho (a) do que ficar em companhia de outros”, “recusa-se a falar”, “é reservado (a), fechado (a), não conta suas coisas para ninguém”, “é muito acanhado (a) ou

tímido (a)”, “comportamento estranhos”, “faz muita questão de agradar os outros” e “é muito preocupado (a)”. Na fase de pós-*follow-up* o professor indicou alguns pontos a menos nas questões que compõem as escalas de ansiedade e depressão, retraimento, problemas sociais, problemas afetivos e problemas de ansiedade passando para classificação normal. Observa-se que houve diminuição para a escala problemas internalizantes, contudo, permaneceu dentro da classificação clínica.

Tabela 38. Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C4 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

TRF/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	16-C	7
Retraimento	11-C	5
Queixa Somática	1	0
Problemas Sociais	7-L	3
Problemas com Pensamento	2	0
Problemas de Atenção	8	12
Comportamento de Quebra de Regras	1	0
Comportamento Agressivo	3	0
Problemas Afetivos	8-C	2
Problemas de Ansiedade	5-C	3
Problemas Somático	0	0
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	1	5
Problemas de Desafio Opositor	1	0
Problemas de Conduta	0	0
Problemas Internalizantes	28-C	12-C
Problemas Externalizantes	4	0
Problemas Totais	50-L	29

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)

Na Figura 20 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que a classificação para subescala Déficit de Atenção na fase pré C4 exibe percentil 60 e na fase pós 65, ambos os resultados com classificação dentro da expectativa. Para a subescala Hiperatividade/Impulsividade na fase pré, C4 obteve percentil 25, com classificação sem indicadores de dificuldades, já na fase pós houve um aumento no percentil 29, permitindo uma classificação dentro da expectativa. Quanto a subescala Problema de Aprendizagem, C4 na pré-intervenção obteve percentil 70 e na fase de pós-*follow-up* apresentou percentil 35, ambos os resultados com classificação dentro da expectativa. O Comportamento Antissocial é outra subescala avaliada pelos professores, nota-se que na fase pré C4 obteve classificação com

indicadores de dificuldades, percentil 95, mas na fase pós apresentou alguns ganhos e declínio do comportamento problema, percentil 17 com classificação sem indicadores de dificuldades.

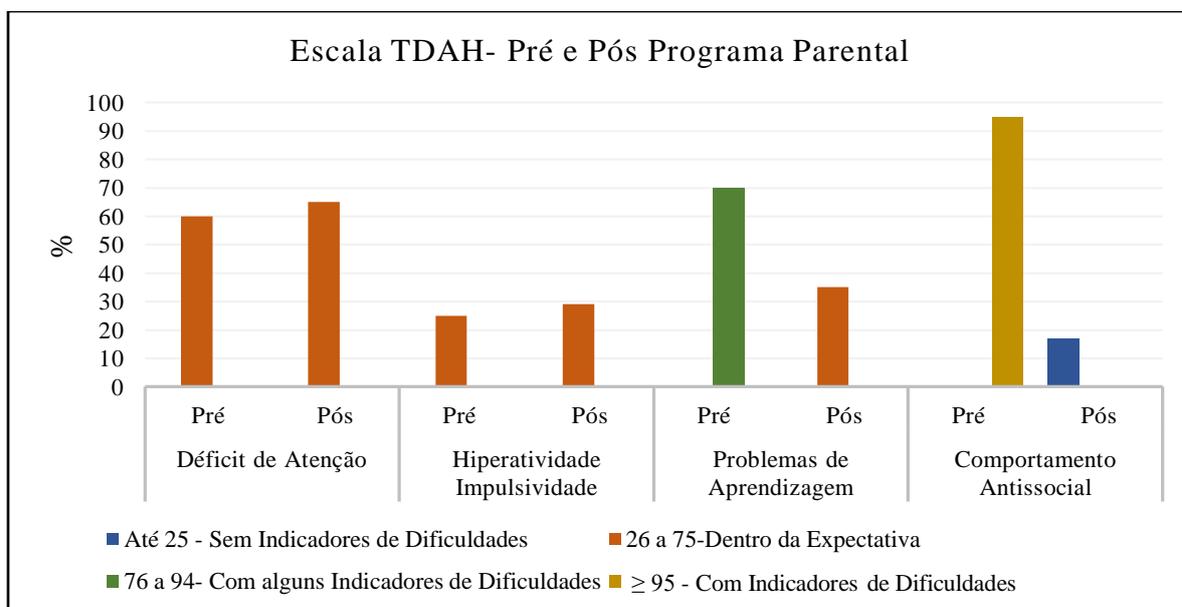


Figura 20. Resultados da avaliação de C4, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.4.2 Resultados dos testes neuropsicológicos de C4

Memória Operacional (MO)

Na Tabela 39 são apresentados os resultados obtidos a partir das classificações das respostas de C4 nas análises do IMO-WISC-IV, nota-se que o seu desempenho foi de 100 com classificação dentro da média na fase de pré-intervenção. Já na fase de pós-*follow-up*, houve um aumento no percentual, C4 apresentou desempenho 115, contribuindo assim, para um aumento no seu desempenho para resultado dentro da média superior.

Tabela 39
Classificação obtida pelo participante C4 no IMO-WISC-IV
Índice Memória Operacional (IMO-WISC-IV)

Fases	Classificação	Desempenho-IMO
Pré	Média	100
Pós	Média Superior	115

Testes de Atenção por Cancelamento (TAC)

Na Tabela 40 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na fase pré o seu desempenho nas duas primeiras partes dos testes e ainda na pontuação total, as classificações dentro da média e apenas na terceira parte do teste alta classificação. Na fase pós-*follow-up* houve alguns ganhos e aumento da pontuação, contribuindo assim para um aumento no seu desempenho total, apresentando alta classificação.

Tabela 40
Classificação obtida pelo participante C4 no TAC.

Testes de atenção por cancelamento (TAC)			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte 1: 90	Média	Parte 1: 114	Média
Parte 2: 111	Média	Parte 2: 98	Média
Parte 3: 126	Alta	Parte 3: 151	Alta
Total: 104	Média	Total: 135	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de TRILHAS (TT)

Na Tabela 41 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na pré o seu desempenho nas duas partes dos testes e ainda na avaliação B-A classificações dentro da média. Na fase pós houve um aumento de suas pontuações na parte B do teste, contribuindo para um alto desempenho na parte B-A.

Tabela 41
Classificação obtida pelo participante C4 no teste de TRILHAS.

Testes TRILHAS			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte A: 108	Média	Parte A: 108	Média
Parte B: 98	Média	Parte B: 139	Alta
Parte B-A: 100	Média	Parte B-A: 137	Alta

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)

Na Figura 21 são apresentados os resultados obtidos no teste CPT a partir da avaliação de C4 para investigar a probabilidade da existência de problema de atenção, nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* do programa parental. Nota-se que o índice clínico na fase pré foi de 46,98% de chances para a existência de problema de atenção. Já na fase pós, observa-se aumento do comportamento problema, apresentou 50,00% de chances para a existência de problema de atenção.

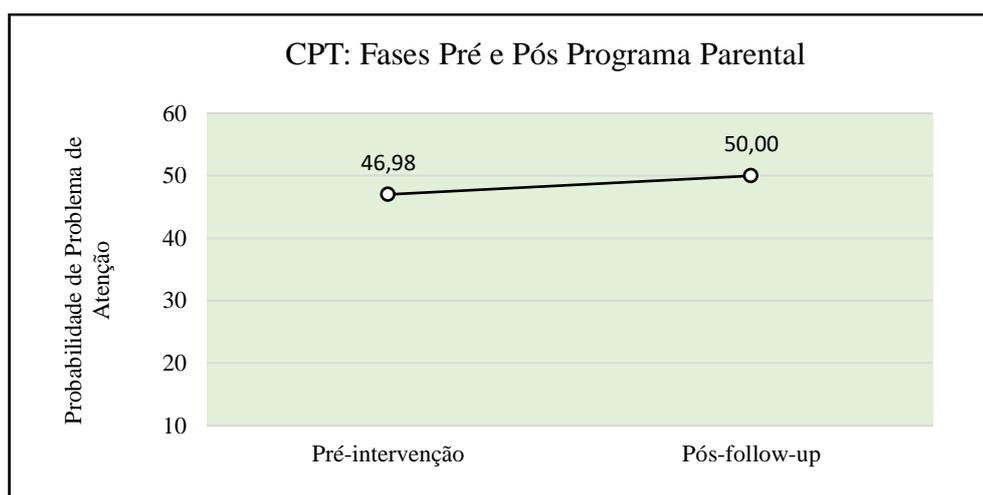


Figura 21. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós *follow-up*.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Na Figura 22 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que o seu desempenho inicial para os índices Inibição e Flexibilidade, ambos resultados apresentam percentis 95, com pontuações dentro de uma classificação sem indicadores de dificuldades, permitem inferir bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo. Na fase pós-*follow-up* houve uma queda no percentil para o índice Inibição, apresentou percentil 50, contudo, sua classificação permaneceu sem indicadores de dificuldades.

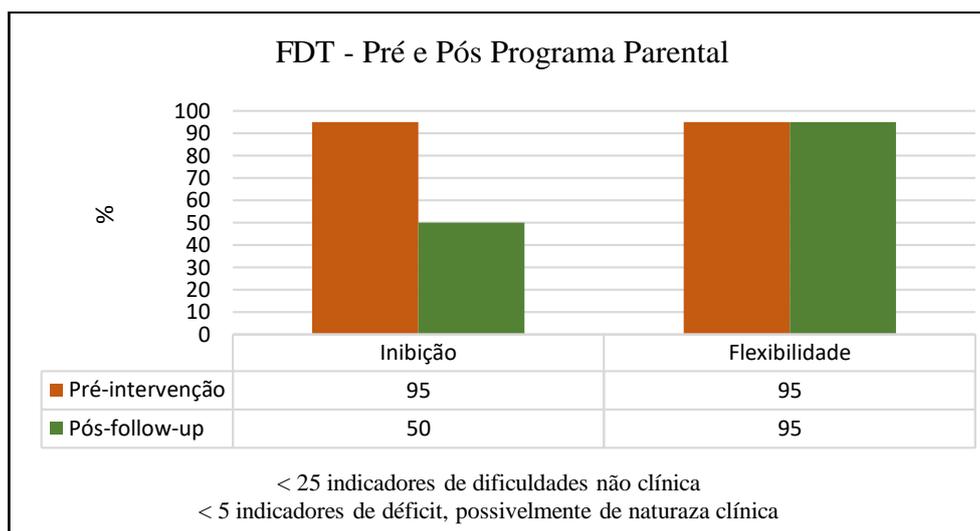


Figura 22. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C4 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.5 Família 5 (Mãe 5-M5 e Criança 5-C5)

A composição familiar onde residem M5 e C5, é formada por mais um integrante o irmão mais velho. Em 2013 e 2017, C5 passou pelo programa de avaliação neuropsicológica, por conta de a escola e do neurologista terem solicitado uma avaliação neuropsicológica. M5 relatou que C5 distraia-se diante de qualquer estímulo, não conseguia cumprir uma rotina e não concluía o que se predispunha a fazer por dificuldade em organizar suas tarefas escolares. A avaliação clínica do neurologista, indicou a presença de sinais de Desatenção e Hiperatividade, compatível com o TDAH. C5 passou por neurologista que indicou tratamento medicamentoso (metilfenidato), passou por avaliação e intervenção fonoaudiológica, psicológica e neuropsicológica.

M5 é separada, trabalha como bibliotecária e por conta da necessidade da demanda do filho com TDAH, decidiu diminuir a carga horária para acompanhar C5 com as tarefas escolares, com o médico e com o psicológico. Quanto ao seu interesse pelo programa de intervenção, relatou o valor de adquirir conhecimento para ajudar seu filho, dividir as dificuldades com outros pais que passam pelos mesmos problemas. M5 diz que o filho apresenta dificuldade em expressar o conhecimento através da escrita, porém verbalmente ele é capaz, exibe ritmo lento de aprendizagem, desatenção, desorganização, no entanto percebe que com esforço ele consegue superar. Algumas dúvidas em relação de como manejar adequadamente as dificuldades do filho, torna-se uma preocupação recorrente em seu discurso como questionamentos sobre como agir, se as suas atitudes em relação ao filho estão corretas ou se o superprotege, impedindo que ele promova a autonomia. Na Tabela 42 são apresentadas

as tarefas solicitadas e executada pela M5 conforme os temas de cada encontro do programa parental.

Tabela 42

Apreciações sobre as sessões do programa parental da participação de M5.

Encontro	Tarefa Solicitada	Tarefa Realizada	Orientação e Discussão
1º Encontro Conhecimento sobre TDAH	<p>1. O que você sabe sobre o TDAH?</p> <p>2. O que acontece com as crianças e adolescentes que têm TDAH?</p> <p>3. Quais as dificuldades que o TDAH pode trazer para a vida da criança e do adolescente?</p> <p>4. Quais as dificuldades que você enfrenta com o seu filho que tem o TDAH?</p>	<p>1 e 2. M5 responde que é um transtorno que prejudica o comportamento, a atenção e a organização. As crianças sentem dificuldade nas relações sociais, na autoestima e no desempenho escolar.</p> <p>3. Apresenta distração diante as tarefas escolares, dificuldades em cumprir rotina, organizar tarefas, perde os objetos, esquece o que é importante e falta de autonomia.</p> <p>4. M5 relata que sente interesse em participar de todos os projetos que possa ajudá-la na compreensão sobre o TDAH. Ela relata que diminuiu a carga de trabalho para acompanhar e ajudar o seu filho nas atividades escolares.</p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o TDAH e sobre as dificuldades que a criança pode apresentar para se organizar, planejar e executar tarefas.</p> <p>Recebeu treinamento sobre o que é TDAH e como afeta no comportamento das crianças. Realizou treinamento usando o Baralho do TDAH.</p>
2º Encontro Comportamentos Adequados e Inadequados	<p>Teatro Pais e Filhos: Cena 1 “Maquiagem da mamãe” e Cena 2 “O Banho”</p> <p>Reflexão: 1. Como você se sentiu com as punições exageradas durante a atividade?</p> <p>2. O que foi exagerado ou inadequado nas cenas?</p>	<p>Análise das cenas:</p> <p>1. Injustiça e desrespeito.</p> <p>2. M5 <i>“a maneira agressiva como a mãe reagiu com a filha, não precisava perder o controle, agredindo-a, castigando e a deixando trancada no quarto sem comer.</i></p> <p><i>Na cena 2, o desrespeito ao xingar o filho na frente do amigo”.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre o comportamento esperado ao longo do desenvolvimento de uma criança.</p> <p>Reflexão de M5, reporta que a mãe é a estrutura da casa <i>“se ela perde o controle, batendo, agredindo emocionalmente e fisicamente a criança, como ela vai reagir com os colegas...”</i>. As vezes é necessário punir, mas não deve ser exagerado para a criança não se sentir encurralada. <i>“Ela pode crescer odiando a mãe”.</i></p>
3º Encontro Relacionamento Afetivo e Envolvimento	<p>Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe.</p> <p>Exercício: Você Conhece Bem o Seu Filho.</p> <p>1. Quem é o seu filho (a)?</p> <p>2. Como você enxerga o futuro do seu filho (a)?</p> <p>3. Como as pessoas veem seu filho (a)?</p>	<p>Leitura realizada</p> <p>1. <i>“C5 é uma criança linda, amorosa e educada! Tras em seus traços de personalidade inocência e justiça. É uma criança feliz”.</i></p> <p>2. <i>“Um adulto seguro e feliz! Será profissionalmente e academicamente bem-sucedido, cotinuará amoroso e justo”.</i></p> <p>3. <i>“As pessoas têm certas curiosidades em relação ao C5, muitos o acham uma criança sonhadora, com a imaginação</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre relacionamento afetivo e envolvimento no dia da reposição.</p> <p>Discussão: Reflexão de uma mãe, recorte do texto: <i>“Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias”.</i></p> <p>M5 relata ser muito atenciosa e acompanha o filho em todas as tarefas e atividades. Às vezes, se sente insegura, no sentido de ainda não permitir a promoção da autonomia.</p>

		<i>aflorada. Em geral, uma criança amorosa e esforçada”.</i>	
4° Encontro Conhecimento sobre Práticas Educativas Parentais	Leitura: Paternidade Responsável. Exercício: Montar uma lista de atividades para criar um clima agradável na família.	Leitura realizada: Reflexão da leitura: recorte do texto: <i>“O pai deu-se conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade. Será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano.</i> M5 destaca ao grupo a importância de demonstrar amor, ser referência de comportamento, transmitir valores e identificar as necessidades da criança. O amor tem que se tornar explícito, através de gestos e ações, como fazer um bolo ou um pudim. A mãe menciona a importância de proporcionar para criança a autonomia ao fazer a tarefa sozinho e não precisar que o adulto fique o tempo todo acompanhando.	Recebeu aula expositiva sobre Práticas Educativas Parentais. M5 divide com o grupo que o filho apresenta alteração no processamento auditivo central (PAC), que tem dificuldade em expressar o conhecimento através da escrita, porém verbalmente é capaz. Apresenta ritmo lento de aprendizagem. Menciona que ela tem que ajudar o filho em todas as tarefas da escola. Reflexão: Neste momento aparece uma questão sobre o como agir e se as coisas que faz em relação ao filho está correta, como ajudar nos deveres de casa. A dúvida sobre o quanto o transtorno impede que a criança possa construir a própria autonomia, uma vez que precisa da sua supervisão constante, tornando-a por vez superprotetora.
5° Encontro Regras e Limites	Leitura: Divirta-se com Seus Filhos! Exercícios: 1. Na sua casa existem as regras de diversão, sim ou não? 2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir? 3. Que valores e princípios essas regras ensinarão ao seu filho?	Leitura Realizada: Reflexão da leitura do texto: Respostas de M5: 1. <i>“No momento da diversão fugimos das regras, claro que existe os momentos de seriedade ou dificuldades, mas quando ocorre tentamos passar de maneira mais tranquila possível”.</i> 2. <i>“Para dar um parâmetro do que pode ou não pode se fazer. Lembrando sempre que não se pode fazer o que quer, tanto no comportamento quanto na fala”.</i> 3. <i>“Valores morais são os principais, sobre respeitar o outro”.</i>	Recebeu aula expositiva sobre Regras e Limites. Pontos importantes sobre regras e limites. Reflexão sobre a função do brincar para trabalhar a interação pais-filhos referente os conceitos de regras e limites. Reflexão de M5: Ela expõe ao grupo sobre os sentimentos positivos e negativos, relata que é preciso se colocar no lugar da criança, ter parâmetro por meio dos próprios sentimentos para reconhecer os sentimentos das crianças, que nem sempre conseguem se expressar. Segundo M5 <i>“É importante deixar claro os reforços de longo prazo e especificar quais são. É importante dizer ao filho que recuperação não é o fim do mundo”.</i> Ainda diz que um filho bem-educado reflete a criação que os pais proporcionaram.
6° Encontro Autoconhecimento: Práticas Educativas Positivas e Negativas	Levantamento: Exercício de Autoconhecimento: Qualidades x Oportunidades e Dificuldades x Problemas	Resposta de M5: Qualidades: <i>“Interessada, carinhosa, observadora e disposta”.</i>	Recebeu aula expositiva sobre autoconhecimento e monitoria negativa e positiva. Treino com as cartas do Baralho das práticas educativas

		<p>Oportunidades: <i>“Recebo o carinho de C5, ele sempre demonstra, é solícito, obediente e atencioso”.</i></p> <p>Dificuldades: <i>“Exigência e busca de soluções”.</i></p> <p>Problemas: <i>“Conflitos em relação ao modo de realizar tarefas. As vezes pode causar incompreensão em relação ao outro”.</i></p>	<p>parentais, introdução as práticas positivas e negativas.</p> <p>Reflexão: Discussão sobre as suas qualidades e ganhos conquistados. Discussão sobre as suas dificuldades e problemas enfrentados.</p>
7º Práticas Educativas Negativas versus Consequências	<p>Exercícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anotar comportamento que gostaria de mudar. 2. Quantas vezes você emitiu esse comportamento? 	<p>M5: relata que não realizou a tarefa por escrito, contudo, participou das discussões identificando-se com uma disciplina relaxada, mas expõe que <i>“Não é sempre”.</i></p>	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas Negativas versus consequências.</p> <p>Recebeu mais Treino de Práticas educativas negativas com o Baralho de cartas.</p> <p>Reflexão: Para M5 muitos dos comportamentos referentes as práticas educativas, estão enraizados nas pessoas, por ser aprendidos com as atitudes de seus pais. Para ela é preciso esforço e consciência para fazer diferente. <i>“Eu tive que mudar, vejo muito de mim nele e acho positivo”.</i></p>
8º Práticas Educativas Positivas versus Consequências	<p>Exercícios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o problema. 2. Ação. Qual atitude? 	<p>Resposta de M5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. M5 relata que C5 apresenta respostas fisiológicas como sudorese, dor de barriga, também fica triste por não poder brincar tanto como gostaria por conta dos estudos, diz que o filho tem que estudar mais que os outros colegas por conta da dificuldade escolar. 2. Atitude: M5 relata que as tarefas de casa e escolares, são feitas de maneira diária. Diz que reforça as conquistas de seu filho, incentivando a autonomia para as coisas que ele consegue fazer sozinho. 	<p>Recebeu aula expositiva sobre Práticas educativas positivas versus consequências.</p> <p>M5 expõe as dificuldades do filho e da necessidade do reforço de suas orientações. Contudo, relata a importância de ajudá-lo conquistar um pouco mais de autonomia.</p> <p>Recebeu mais treino de práticas educativas positivas com o uso do Baralho de cartas.</p>
9º Fechamento Revisão e Encerramento	<p>Exercícios:</p> <p>Estimular a Autonomia. Experimentar, deixar o seu filho fazer alguma coisa sozinho.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarefa a ser realizada. 2. Orientação do Pai 3. Resultado da tarefa realizada. 	<p>Encontro de reposição</p> <p>M5 não realizou a atividade referente o desafio de casa, contudo, compareceu ao encontro de reposição, realizou outras atividades previstas para o encontro.</p>	<p>Reflexão de M5: A mãe relata que foi interessante participar do grupo, o relacionamento com outros pais que tem filhos com TDAH, o compartilhamento de suas dificuldades e conquistas, já alcançadas durante o percurso quando descobriu o transtorno.</p> <p>Diz que a troca de experiência foi positiva para que todos pudessem aprimorar o conhecimento sobre o transtorno, as práticas educativas que favorecem o desenvolvimento da criança em casa e na escola.</p>

4.2.5.1 Resultados dos testes comportamentais de C5

Questionário baseado nos sinais de TDAH de acordo com o DSM-5

Na Tabela 43 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas de M5 antes e após a sua participação no programa parental. Os resultados referem-se à pontuação bruta obtida nas escalas do questionário. Nota-se que C5 apresenta 7 indicadores de dificuldades referentes aos sintomas de Desatenção nas fases, de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Quanto aos problemas de hiperatividade-impulsividade, não foi identificado sintomas compatíveis.

Tabela 43

Classificação obtida pelo participante C5 no questionário baseado no DSM-5.

DSM-5		
Queixas	Pré	Pós
Desatenção	7 indicadores	7 indicadores
Hiperatividade-Impulsividade	Sem indicadores de dificuldades	Sem indicadores de dificuldades

Nota: classificação para indicadores de dificuldades acima de seis pontos brutos na soma das respostas para frequentemente e muito frequentemente para a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18).

Nota-se na Tabela 44 a avaliação inicial, C5 não apresentava dificuldades na faixa clínica e limítrofe em nenhuma das escalas de problemas emocionais/comportamentais. Já na fase de pós-*follow-up* observa-se que houve aumento de pontos assinalados por M5 nas escalas do CBCL/6-18 para os problemas de ansiedade e depressão, problemas emocionais classificando os problemas emocionais dentro da faixa limítrofe. Os índices identificados pela mãe que mais contribuíram para as dificuldades de C5, foram: “tem medo de pensar ou fazer algum coisa ruim ou errada”, “fica grudado (a) nos adultos ou é muito dependente”, “reclama de solidão”, “acha que os outros o (a) perseguem”, “as crianças ou adolescentes não gostam dele (a)”, “é desajeitado (a), tem má coordenação motora” e “prefere estar com pessoas mais novas”.

Tabela 44.

Comparação dos escores do CBCL/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C5 na perspectiva da M5 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

CBCL/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	5	7-L
Retraimento	1	5
Queixa Somática	2	1
Problemas Sociais	1	7-L
Problemas com Pensamento	0	0
Problemas de Atenção	6	8
Comportamento de Quebra de Regras	0	0
Comportamento Agressivo	3	0
Problemas Afetivos	0	3
Problemas de Ansiedade	2	2
Problemas Somático	2	1
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	6	5
Problemas de Desafio Opositor	1	0
Problemas de Conduta	0	0
Problemas Internalizantes	8	13
Problemas Externalizantes	3	0
Problemas Totais	19	31

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18)

Na Tabela 45 são apresentados os resultados brutos obtidos a partir da resposta do professor ao TRF-6/18 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que considerando a avaliação inicial, C5 não apresentava indicadores de dificuldades na faixa clínica e limítrofe para nenhuma das escalas investigadas. Na fase pós-*follow-up* observa-se que houve aumento de pontos assinalados pelo professor nas escalas de ansiedade e depressão problemas internalizantes, classificando os problemas emocionais dentro da faixa clínica e limítrofe. Os índices identificados pelo professor que mais contribuíram para as dificuldades de C5, foram: “tem medo de pensar ou fazer algum coisa ruim ou errada”, “é muito medroso (a) ou ansioso (a)”, “é desajeitado (a), tem má coordenação motora”, “tem problemas de fala”, “comporta-se de maneira muito infantil para sua idade”, “não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo”, “fica confuso (a), ou desorientado (a)”, “tem dificuldade para seguir instruções”, “é impulsivo (a) ou age sem pensar”, “fala quando não é sua vez”, “o seu trabalho é bagunçado”, “é desatento, ou distrai-se facilmente” e “fala demais”.

Tabela 45 Comparação dos escores do TRF/6-18 para problemas emocionais/comportamentais da C5 na perspectiva dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

TRF/6-18	Pré Intervenção	Pós <i>Follow-up</i>
Ansiedade e Depressão	4	11-C
Retraimento	4	0
Queixa Somática	0	0
Problemas Sociais	5	5
Problemas com Pensamento	2	0
Problemas de Atenção	11	27
Comportamento de Quebra de Regras	0	0
Comportamento Agressivo	0	0
Problemas Afetivos	3	1
Problemas de Ansiedade	2	5
Problemas Somático	0	0
Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade	4	15
Problemas de Desafio Opositor	0	0
Problemas de Conduta	0	1
Problemas Internalizantes	8	11-L
Problemas Externalizantes	0	0
Problemas Totais	27	43

Legenda: C (Clínico) e L (Limítrofe). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)

Na Figura 23 são apresentados os resultados obtidos a partir das respostas dos professores nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que a classificação para subescala Déficit de Atenção na fase pré-intervenção C5 exibe percentil 55, com classificação mediana e comportamento dentro da expectativa, já na fase pós houve um aumento em sua pontuação apresentou percentil 70, contudo, sua classificação permaneceu dentro da expectativa. Para a subescala Hiperatividade/Impulsividade na fase pré, C5 obteve percentil 25, com classificação sem indicadores de dificuldades, já na fase pós houve um aumento em sua pontuação, percentil 80, exibindo classificação com alguns indicadores de dificuldades. Quanto a subescala Problema de Aprendizagem, C5 na pré-intervenção obteve percentil 90, classificações com alguns indicadores de dificuldades, mas na fase de pós-*follow-up* apresentou percentil 60, observa-se que houve diminuição na sua pontuação, contribuindo para uma classificação dentro da expectativa. O Comportamento Antissocial é outra subescala avaliada pelos professores, nota-se que na fase pré-intervenção C5 obteve classificação dentro da expectativa, percentil 75, mas na fase pós apresentou alguns ganhos e declínio do comportamento problema, percentil 20 com classificação sem indicadores de dificuldades.

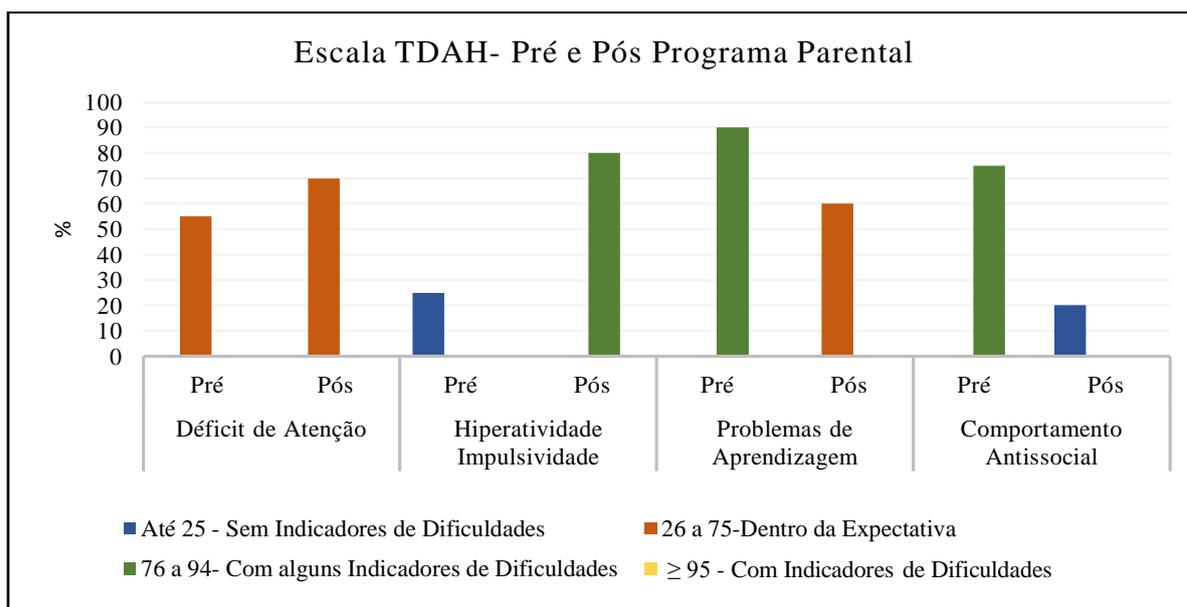


Figura 23. Resultados da avaliação de C5, obtidos a partir dos indicadores da escala de TDAH dos problemas decorrentes a déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.2.5.2 Resultados dos testes neuropsicológicos de C5

Memória Operacional (MO)

Na Tabela 46 são apresentados os resultados obtidos a partir das classificações das respostas de C5 nas análises do IMO-WISC-IV, nota-se que o seu desempenho foi de 109 com classificação dentro da média na fase de pré-intervenção. Já na fase de pós-*follow-up*, houve uma diminuição no percentual, C5 apresentou desempenho 106, entretanto, permaneceu com classificação dentro da média.

Tabela 46
Classificação obtida pelo participante C5 no IMO-WISC-IV
Índice Memória Operacional (IMO-WISC-IV)

Fases	Classificação	Desempenho-IMO
Pré	Média	109
Pós	Média	106

Testes de Atenção por Cancelamento (TAC)

Na Tabela 47 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na fase pré o seu desempenho nas três partes dos testes e ainda

na pontuação total, todas as classificações dentro da média. Na fase pós houve alguns ganhos e aumento da pontuação na primeira parte do teste, no entanto, seu desempenho total, permaneceu com classificação dentro da média.

Tabela 47
Classificação obtida pelo participante C5 no TAC.

Testes de atenção por cancelamento (TAC)			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte 1: 97	Média	Parte 1: 132	Alta
Parte 2: 105	Média	Parte 2: 90	Média
Parte 3: 111	Média	Parte 3: 107	Média
Total: 105	Média	Total: 114	Média

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de TRILHAS (TT)

Na Tabela 48 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* após o programa parental. Nota-se que na pré o seu desempenho nas duas partes dos testes e ainda na avaliação B-A classificações dentro da média. Na fase pós houve um aumento de suas pontuações na parte B do teste apontando alta classificação.

Tabela 48
Classificação obtida pelo participante C5 no teste de TRILHAS.

Testes TRILHAS			
Desempenho-Pré	Classificação-Pré	Desempenho-Pós	Classificação-Pós
Parte A: 108	Média	Parte A: 106	Média
Parte B: 98	Média	Parte B: 131	Alta
Parte B-A: 96	Média	Parte B-A: 91	Média

Nota: Pontuação-padrão <70 muito baixa, entre 70 e 84 baixas, entre 85 e 114 médias, 115 e 129 altas; ≥ 130, muito alta.

Teste de Desempenho Contínuo de Conners (CPT)

Na Figura 24 são apresentados os resultados obtidos no teste CPT a partir da avaliação de C5 para investigar a probabilidade da existência de problema de atenção, nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up* do programa parental. Nota-se que o índice clínico na fase pré

foi de 76,67% de chances para a existência de problema de atenção, compatível com indicadores de desatenção e impulsividade. Já na fase pós, observa-se diminuição do comportamento problema, apresentou 50% de chances para a existência de problema de atenção.

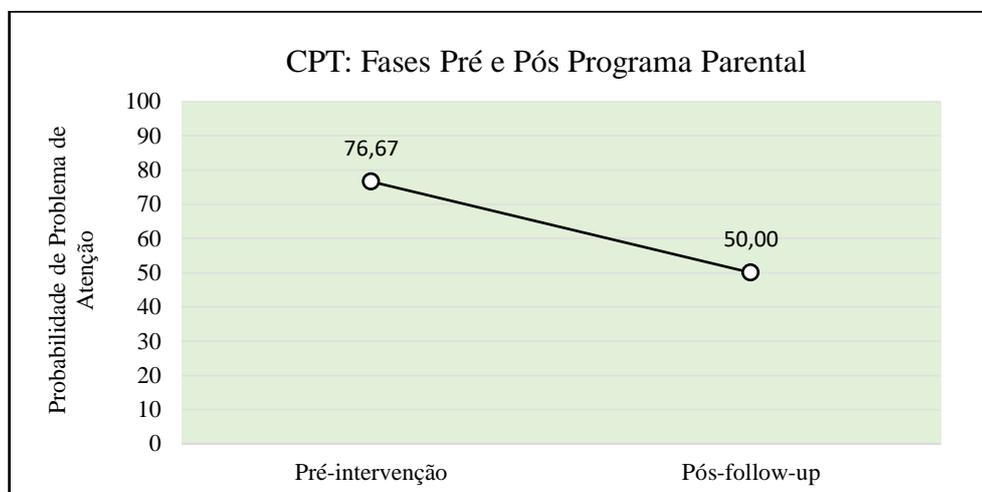


Figura 24. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 no CPT para a probabilidade de problema de atenção nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

Na Figura 25 são apresentados os resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que o seu desempenho inicial para os índices Inibição e Flexibilidade, ambos resultados apresentam percentis 25 e 5, com pontuações dentro de uma classificação com indicadores de dificuldades. Na fase de pós-*follow-up* houve alguns ganhos e aumento de percentis, ambos passaram para 95, essas pontuações permitem inferir bons resultados e a eficácia em seu processo cognitivo.

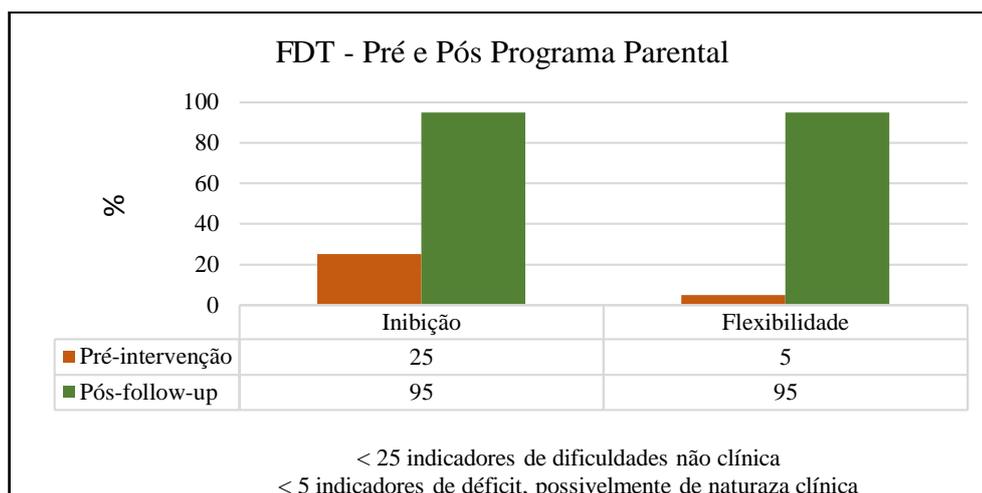


Figura 25. Resultados obtidos a partir do desempenho e classificação das respostas de C5 no FDT nas fases de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.3 Apresentação dos resultados individuais e do grupo de pais nas fases de pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*.

Serão apresentados os resultados dos desempenhos dos pais nas três fases do programa parental, de pré e pós-intervenção e de pós-*follow-up* das medidas dos instrumentos de autoavaliação nos instrumentos; IEP, Escalas Beck -BDI/ BAI, WHOQOL-Bref, ASR e ISSL. Optou-se, por apresentar os resultados de maneira individual e posteriormente do grupo de pais referente as comparações dos instrumentos nas três fases após a intervenção para os problemas internalizantes e externalizantes, práticas educativas parentais (positivas e negativas), sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Foi feita a diferença matemática simples nas situações de pré-pós-intervenção e de pós-*follow-up*, de modo que, os valores podem representar um aumento ou redução dos indicadores e devem ser interpretados de acordo com os indicadores de cada instrumento.

Inventário de Estilos Parentais (IEP)

O IEP tem como objetivo investigar a atitude dos pais na educação de seus filhos. Os pais respondem sobre as práticas educativas adotadas nas relações pais e filhos, se os cuidadores emitirem um estilo parental positivo, as práticas educativas positivas serão prevalentes às negativas, entretanto, se o estilo parental for negativo, as práticas educativas negativas serão sobrepostas às positivas (Gomide, 2006). Na Tabela 49 verifica-se os resultados dos percentis e classificação individuais dos participantes na avaliação do IEP-Total. Nota-se que inicialmente M1 classificou com ótimo estilo parental, contudo, houve um

declínio em seu percentil, sua classificação passou para acima da média e manteve-se com os mesmos resultados no pós-*follow-up*. Observa-se, que inicialmente as pontuações e classificações dos pais M2, M3 e P4 apontaram um estilo parental como de risco e abaixo da média, mas no decorrer do programa, aumentaram seus percentis para acima da média e ótima classificação. Na avaliação individual de P3, foi possível observar aumento de sua classificação de acima da média para ótimo estilo parental. A avaliação de M5, resultou em ótima classificação e a manutenção do estilo positivo em todas as fases do programa parental.

Tabela 49

Resultado do IEP-Total da avaliação individual dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

IEP-TOTAL						
Pais Cuidadores	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Follow-up	
	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
M1	80	Ótimo	65	Acima da Média	65	Acima da Média
M2	25	Risco	50	Abaixo da Média	70	Acima da Média
M3	35	Abaixo da Média	80	Ótimo	80	Ótimo
P3	60	Acima da Média	95	Ótimo	95	Ótimo
P4	45	Abaixo da Média	99	Ótimo	95	Ótimo
M5	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo

Na Figura 26 são apresentados as pontuações e classificações do IEP-Total, nas três fases do programa parental (pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*) para melhor visualizar os avanços alcançados pelo grupo de pais/cuidadores. Nota-se que inicialmente 33% dos pais demonstraram ótimo estilo parental, assim como 17% apontaram acima da média, outros 33% reportaram abaixo da média e 17% comportamento de risco. No decorrer do programa parental, alguns ganhos foram conquistados, 66% dos pais apontaram exercendo ótimo estilo e 17% acima da média e 17% dos pais reportaram comportamento abaixo da média na pós-intervenção. Na fase do pós-*follow-up*, os percentis e classificação com estilo parental ótimo e acima da média. Verifica-se de modo geral, uma diminuição nos índices de risco e abaixo da média, assim como, aumento para ótima classificação nos estilos positivos.

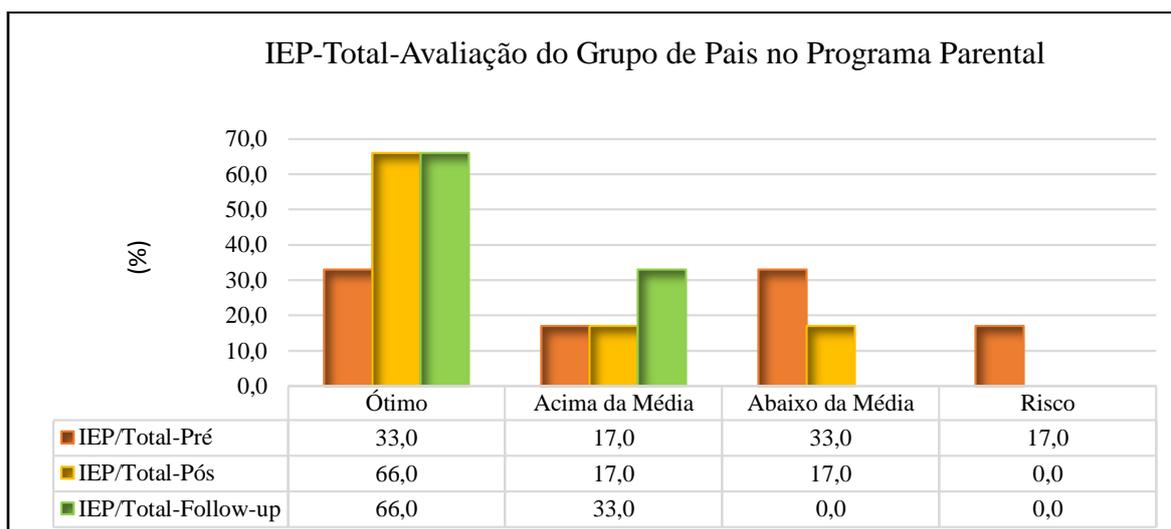


Figura 26. Resultado da avaliação do IEP-Total do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.

Na Tabela 50 verifica-se os resultados individuais dos participantes na avaliação do IEP para Monitoria Positiva. Nota-se que M1 classificou acima da média e manteve-se com os mesmos resultados nas duas fases do programa parental (pré e pós-intervenção), já na fase do pós-follow-up, houve declínio na sua classificação. Na avaliação individual de M2, foi possível observar um declínio de ótima para boa monitoria, contudo, na fase pós-follow-up, recuperou sua classificação para ótima monitoria positiva. Observa-se, que inicialmente as pontuações e classificações dos pais M3, P3 e P4 apontaram monitorias positivas como de risco e acima da média, mas no decorrer do programa parental, aumentaram seus percentis para uma ótima classificação. Na avaliação de M5, foi possível verificar ótima classificação e a manutenção dessa monitoria positiva em todas as fases do programa parental.

Tabela 50

Resultado do IEP-monitoria positiva da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.

Pais Cuidadores	Monitoria Positiva					
	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Follow-up	
	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
M1	55	Acima da Média	55	Acima da Média	25	Risco
M2	99	Ótimo	75	Acima da Média	99	Ótimo
M3	5	Risco	99	Ótimo	99	Ótimo
P3	25	Risco	65	Acima da Média	99	Ótimo
P4	65	Acima da Média	80	Ótimo	80	Ótimo
M5	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo

Na Figura 27 são apresentados as pontuações e classificações do IEP para a Monitoria Positiva, nas três fases do programa parental (pré, pós-intervenção e pós-follow-up) para

melhor visualizar os avanços alcançados pelo grupo de pais/cuidadores. Nota-se que inicialmente 33% dos pais demonstraram ótima monitoria positiva, assim como 33% apontaram para acima da média e outros 33% reportaram comportamento de risco. No decorrer do programa parental, alguns ganhos foram conquistados, 50% dos pais apontaram como ótima e acima da média na pós-intervenção, já no pós-*follow-up*, 83% dos participantes classificaram como ótima monitoria positiva.

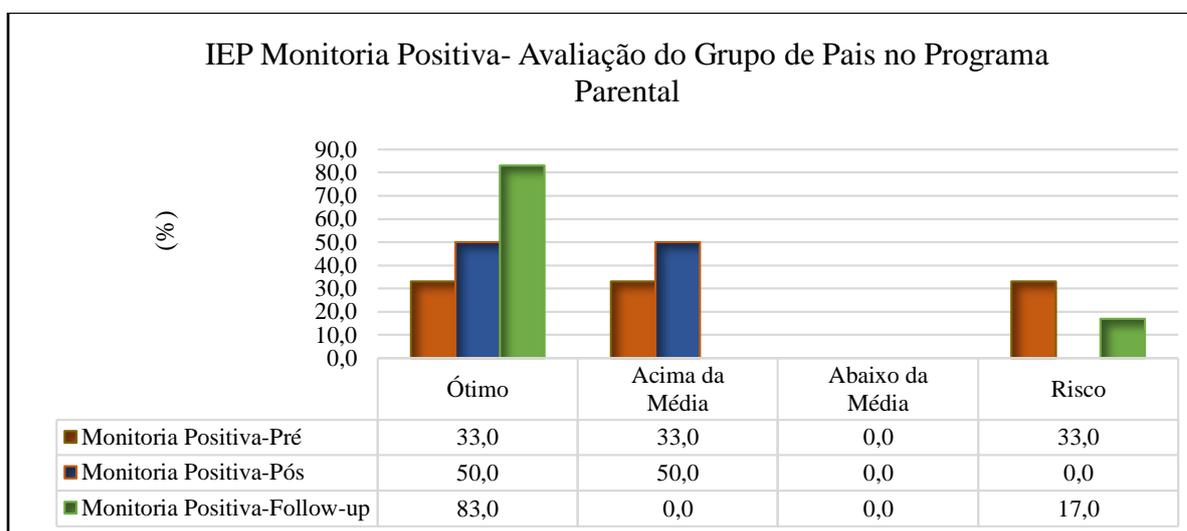


Figura 27. Resultado da avaliação do IEP-monitoria positiva do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

Na Tabela 51 verifica-se os resultados individuais dos participantes na avaliação do IEP para Comportamento Moral, nas fases de pré e pós-intervenção e de pós-*follow-up*. Foi possível verificar ótima classificação e a manutenção do estilo parental de M1 em todas as fases do programa. Nota-se que inicialmente as pontuações e classificações dos pais M2, M3, P3 apontaram um estilo parental acima da média, contudo, no decorrer do programa, aumentaram seus percentis para uma ótima classificação e mantiveram no pós-*follow-up*. P4 na fase pré-intervenção classificou seu estilo parental abaixo da média, mas evoluiu para acima da média na pós-intervenção e manteve-se com essa classificação no pós-*follow-up*. Verifica-se também, que M5 inicialmente classificou seu estilo como ótimo e manteve-se com os mesmos resultados na pós-intervenção, já na fase de pós-*follow-up*, houve declínio na sua classificação.

Tabela 51

Resultado do IEP-comportamento moral da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

Comportamento Moral						
Pais Cuidadores	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção		Follow-up	
	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
M1	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo
M2	65	Acima da Média	85	Ótimo	99	Ótimo
M3	65	Acima da Média	80	Ótimo	85	Ótimo
P3	65	Acima da Média	99	Ótimo	99	Ótimo
P4	45	Abaixo da Média	70	Acima da Média	70	Acima da Média
M5	99	Ótimo	85	Ótimo	50	Abaixo da Média

Na Figura 28 são apresentados as pontuações e classificações do IEP para Comportamento Moral, nas três fases do programa parental (pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*), para melhor visualizar os avanços alcançados pelo grupo de pais/cuidadores. Observa-se que inicialmente 33% dos pais demonstraram ótimo estilo parental, assim como, 50% como acima da média e outros 17% reportaram comportamento abaixo da média. No decorrer do programa, alguns ganhos foram conquistados, 83% dos pais apontaram como ótima e 17% acima da média na pós-intervenção, já no pós-*follow-up*, houve um declínio, 66% dos participantes classificaram com ótimo estilo parental.

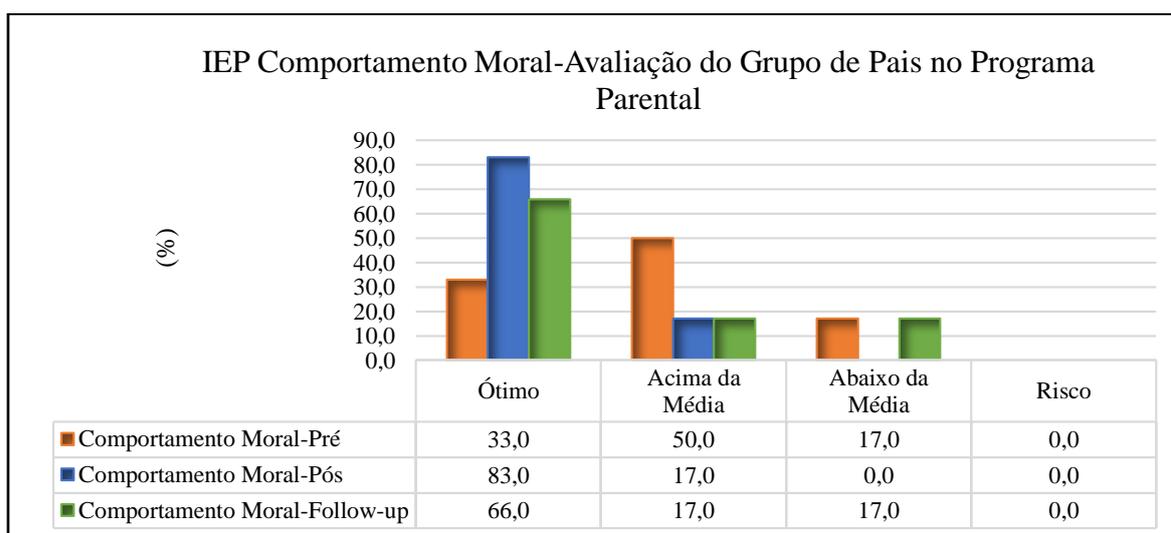


Figura 28. Resultado da avaliação do IEP-comportamento moral do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

A distribuição dos percentis e a classificação das práticas negativas, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico aparecem na Tabela 52. Nota-se que as pontuações para **punição inconsistente**, inicialmente na avaliação

individual de M1, houve um declínio de ótima prática para um estilo abaixo da média, contudo, no pós-*follow-up*, recuperou sua classificação para um ótimo estilo parental. M2 na fase de pré-intervenção classificou um estilo de risco, ao longo do programa parental, houve um aumento nas pontuações para abaixo da média na pós-intervenção e no pós-*follow-up*, mas ainda assim, permaneceu com um estilo negativo. Na avaliação individual de M3, foi possível observar um declínio de um ótimo estilo, para acima da média, contudo, permaneceu dentro de um estilo positivo. Observam-se, que as pontuações e classificações dos pais, P3 e P4 reportaram, respectivamente, estilos abaixo da média e acima da média no início do programa parental, mas no decorrer, houve um aumento para uma monitoria acima da média e ótima classificação. Na avaliação de M5, verifica-se ótima classificação e manutenção em todas as fases do programa.

Para a prática educativa **negligência**, nota-se em destaque os avanços nas pontuações e classificações dos pais/cuidadores M3 e P3, ambos iniciaram com monitoria acima da média e classificação de risco. Ao final do programa parental atingiram ótimas classificações na pós-intervenção e *follow-up*. Quanto as avaliações de M1 e M2 foi possível verificar classificação de risco em todas as fases do programa parental. Na avaliação de M5, foi possível verificar ótima classificação e a manutenção de um estilo positivo em todas as fases.

Observa-se na **disciplina relaxada** que a maioria dos participantes reportaram ótima monitoria, como visto nas avaliações de pré e pós-intervenção e de pós-*follow-up*. Em destaque o participante M3 na pré-intervenção iniciou com classificação de risco, mas na pós-intervenção atingiu as pontuações com percentil abaixo da média e no pós-*follow-up* subiu para acima da média.

A **monitoria negativa**, outra prática parental de risco, nota-se alguns ganhos e declínio na prática educativas dos pais. M2, P4, M5 iniciaram com pontuações de risco e acima da média, mas obtiveram aumento nas classificações atingindo um estilo parental acima da média e ótimo estilo nas fases de pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

Quanto ao **abuso físico**, observa-se pontuações e classificações abaixo da média e comportamento de risco para a maioria dos pais M1, M2, M3, P3 e P4 para a fase pré-intervenção. Em destaque, M5 iniciou com ótima monitoria e permaneceu com a mesma classificação nas três fases do programa. M3 e P3 na fase de pós-*follow-up* atingiram ótimas classificações.

Na Figura 29 são apresentadas as pontuações e as classificações das práticas educativas negativas, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa, abuso físico nas três fases do programa parental (pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*) para melhor

visualizar os avanços alcançados pelo grupo de pais/cuidadores. Nota-se que, de modo geral, os pais alcançaram avanços em suas práticas educativas, visto que suas pontuações e classificações aumentaram para um ótimo estilo parental e acima da média. Observa-se diminuição nas pontuações e classificações referente a prática de risco e abaixo da média para punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico, caracterizando assim melhora de estilo parental adotados pelos pais/cuidadores ao longo do programa parental.

Tabela 52

Resultado do IEP-punição inconsistente, negligencia, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.

Práticas Educativas Negativas-IEP							
<i>Pré-Intervenção</i>			<i>Pós-Intervenção</i>		<i>Follow-up</i>		
Punição Inconsistente							
		Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
Pais/Cuidadores	M1	90	Ótimo	30	Abaixo da Média	90	Ótimo
	M2	15	Risco	30	Abaixo da Média	45	Abaixo da Média
	M3	80	Ótimo	80	Ótimo	60	Acima da Média
	P3	45	Abaixo da Média	70	Acima da Média	70	Acima da Média
	P4	70	Acima da Média	99	Ótimo	99	Ótimo
	M5	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo
Negligência							
		Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
Pais/Cuidadores	M1	20	Risco	20	Risco	10	Risco
	M2	20	Risco	20	Risco	20	Risco
	M3	55	Acima da Média	55	Acima da Média	80	Ótimo
	P3	20	Risco	85	Ótimo	85	Ótimo
	P4	85	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo
	M5	99	Ótimo	99	Ótimo	80	Ótimo
Disciplina Relaxada							
		Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
Pais/Cuidadores	M1	85	Ótimo	99	Ótimo	85	Ótimo
	M2	75	Acima da Média	85	Ótimo	75	Acima da Média
	M3	20	Risco	35	Abaixo da Média	55	Acima da Média
	P3	99	Ótimo	99	Ótimo	80	Ótimo
	P4	80	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo
	M5	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo
Monitoria Negativa							
		Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
Pais/Cuidadores	M1	80	Ótimo	90	Ótimo	80	Ótimo
	M2	15	Risco	65	Acima da Média	90	Ótimo
	M3	65	Acima da Média	80	Ótima	45	Abaixo da Média
	P3	90	Ótimo	75	Acima da Média	45	Abaixo da Média
	P4	10	Risco	65	Acima da Média	75	Acima da Média
	M5	65	Acima da Média	65	Acima da Média	95	Ótimo

Abuso Físico

Pais/Cuidadores	Abuso Físico		Abuso Físico		Abuso Físico	
	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação	Percentil	Classificação
M1	45	Abaixo da Média	10	Risco	10	Risco
M2	10	Risco	10	Risco	10	Risco
M3	45	Abaixo da Média	45	Abaixo da Média	99	Ótimo
P3	45	Abaixo da Média	25	Risco	99	Ótimo
P4	15	Risco	99	Ótimo	45	Abaixo da Média
M5	99	Ótimo	99	Ótimo	99	Ótimo



Figura 29. Percentis e classificações dos estilos parentais: punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico que fazem parte das práticas educativas negativas-IEP dos resultados nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up* do grupo de pais/cuidadores.

Inventário de auto avaliação para adultos ASR-18/55 / *Adult self-report Form for Ages 18-59 (ASR-18/55)*

O ASR-18/59 permite gerar perfil das escalas da síndrome que incluiu problemas internalizantes e externalizantes. Os problemas internalizantes referem-se a sintomas de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas. Para ansiedade de depressão abarcam questões sobre “sentir-se sozinho (a)” e “preocupar-se acerca do futuro”. Já os problemas relacionados a isolamento/depressão, esse envolve questões sobre “não se dar bem com outras pessoas” e “sentir que as outras pessoas não gostam dele”. Na queixa somática é possível compreender questões como: “sentir tontura ou zozzeira” e “sentir cansado (a) sem motivo”. Quanto aos problemas externalizantes, envolvem comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo e intrusivos. O comportamento agressivo, envolvem questões como: “discutir muito” e “culpar os outros pelos seus problemas”. Quanto ao problema de comportamento de quebrar regras, abarcam questões como: “ser impulsivo (a) ou agir sem pensar” e “problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito”. O comportamento intrusivo, outro problema externalizante, abarcam questões sobre: “falar demais” e “ser mais barulhento que os outros”. Os resultados das escalas avaliadas referem-se as pontuações brutas e as classificações obtidas em cada escala do instrumento.

Na Tabela 53 verifica-se os resultados individuais obtidos a partir das repostas dos pais/cuidadores no ASR-18/55 para as escalas de problemas internalizantes, nas fases de pré-pós-intervenção e de pós-*follow-up*. Nota-se que M1, M3, P4 e M5 mantiveram-se dentro da faixa normal, nas três fases do programa parental, alguns tiveram discreta redução dos pontos brutos. Foi possível observar que M2 manteve-se com pontuações dentro da faixa clínica (C) para as escalas de ansiedade de depressão, isolamento e queixa somática em todas as fases do programa parental. Inicialmente, P3 classificou dentro da faixa limítrofe para a escala de ansiedade de depressão e atingiu a normalidade na fase de pós-intervenção e de pós-*follow-up*. Já para retraimento e queixa somática classificou-se dentro da faixa normal e manteve-se nas fases ao logo do programa.

Tabela 53

Resultado do ASR-18/55 para os problemas internalizantes da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.

ASR-18/55 - Problemas Internalizantes									
Pais Cuidadores	Pontuação Bruta								
	Ansiedade Depressão			Retraimento			Queixa Somática		
	Pré	Pós	Follow-up	Pré	Pós	Follow-up	Pré	Pós	Follow-up
M1	9	6	2	0	0	0	4	3	1
M2	26-C	25-C	30-C	11-C	11-C	12-C	23-C	18-C	19-C
M3	4	3	4	3	1	2	1	1	0
P3	13-L	9	4	5	3	2	0	1	1
P4	1	4	1	0	1	1	2	0	1
M5	4	3	12	0	0	2	1	1	0

Legenda: L (Limítrofe), C (Clínico). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Na Tabela 54 verifica-se os resultados individuais obtidos a partir das repostas dos pais/cuidadores no ASR-18/55 para as escalas de problemas externalizantes, nas fases de pré-pós-intervenção e de pós-follow-up. Nota-se que M1, M3, P3 e P4 mantiveram-se dentro da faixa normal nas três fases do programa parental, alguns tiveram discreta redução dos pontos brutos. Foi possível observar que M2 manteve-se com pontuações dentro das faixas clínica (C) e limítrofe (L) para as escalas de comportamento agressivo, comportamento de quebrar regras e intrusivo em todas as fases do programa parental. M5 iniciou com classificação dentro da faixa normal para comportamento agressivo e de quebrar regras nas três fases, entretanto, para o comportamento intrusivo caiu sua classificação para limítrofe na última fase do programa.

Tabela 54

Resultado do ASR-18/55 para os problemas externalizantes da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-follow-up.

ASR-18/55 - Problemas Externalizantes									
Pais Cuidadores	Pontuação Bruta								
	Comportamento Agressivo			Comportamento de Quebrar Regras			Intrusivo		
	Pré	Pós	Follow-up	Pré	Pós	Follow-up	Pré	Pós	Follow-up
M1	1	3	0	0	1	0	1	2	0
M2	9	10-L	11-L	8-C	5-L	6-C	6-L	3	5-L
M3	5	3	1	1	0	0	3	2	2
P3	9	6	2	3	2	0	1	0	0
P4	2	3	1	1	1	1	0	4	3
M5	0	0	1	0	1	1	3	3	5-L

Legenda: L (Limítrofe), C (Clínico). As pontuações que não tiverem indicação de classificação clínico ou limítrofe estão dentro da classificação normal.

Escala Beck - Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI)

Os inventários investigam a intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão, tanto na área clínica quanto na pesquisa. O BDI é uma escala que mede a intensidade da depressão, por exemplo: nenhuma depressão ou depressão mínima, depressão leve ou moderada, depressão moderada à grave ou depressão grave. O BAI é uma escala que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade e apresenta quatro alternativas que pontua o grau da severidade, como absolutamente, eu não me incomodo, levemente, eu não me incomodo muito, moderadamente é muito desagradável, mas posso suportar e gravemente, dificilmente posso suportar (Cunha, 2001).

Na Tabela 55 verifica-se os resultados individuais dos pais/participantes na avaliação do BAI. Nota-se na fase de pré-intervenção score com nível leve para sintomas de ansiedade na resposta de M1, mas ao longo do programa parental, atingiu scores e a classificação dentro do nível mínimo, não apresentando indicadores de ansiedade. Observa-se, que inicialmente M2 apresentou score e classificação dentro do nível grave para sintomas de ansiedade, na segunda parte do programa, atingiu o nível moderado e o nível mínimo na fase do pós-*follow-up*. Os pais, M3, P3, P4 e M5 apresentaram classificação mínimo nas três fases do programa parental e exibiram diminuição expressiva na maioria dos scores.

Tabela 55

Resultado do BAI da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

BAI-Ansiedade						
Pais Cuidadores	Pré		Pós		Follow-up	
	Score	Classificação	Score	Classificação	Score	Classificação
M1	12	Leve	8	Mínimo	5	Mínimo
M2	37	Grave	24	Moderada	16	leve
M3	8	Mínimo	0	Mínimo	2	Mínimo
P3	4	Mínimo	3	Mínimo	1	Mínimo
P4	3	Mínimo	3	Mínimo	1	Mínimo
M5	1	Mínimo	2	Mínimo	5	Mínimo

Na Tabela 56 verifica-se os resultados individuais dos pais/participantes na avaliação do BDI. Observa-se, que inicialmente M2 apresentou score e classificação dentro do nível moderado para sintomas de depressão, assim se manteve na pré-intervenção e no pós-*follow-up*. Nota-se que na fase pré-intervenção score dentro do nível leve para sintomas na resposta de P3, mas ao longo do programa parental, atingiu scores e classificação dentro do nível

mínimo, não apresentando indicadores de ansiedade. Os pais, M1, M3, P4 e M5 apresentaram classificação mínimo nas três fases do programa parental.

Tabela 56

Resultado do BDI da avaliação individual dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

BDI-Depressão						
Pais Cuidadores	Pré		Pós		Follow-up	
	Escore	Classificação	Escore	Classificação	Escore	Classificação
M1	9	Mínimo	2	Mínimo	2	Mínimo
M2	30	Moderada	21	Moderada	33	Moderada
M3	3	Mínimo	1	Mínimo	0	Mínimo
P3	17	Leve	10	Mínimo	2	Mínimo
P4	2	Mínimo	2	Mínimo	1	Mínimo
M5	3	Mínimo	0	Mínimo	5	Mínimo

Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp – ISSL

O ISSL permite identificar a sintomatologia psicológica e etiologicamente do quadro característico do estresse, nas fases de: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. O diagnóstico de estresse é feito quando os escores brutos, para a Fase de Exaustão é maior que oito, na de Alerta, maior que seis e para a Fase de Resistência, maior que três. O escore bruto é transformado em porcentagem em cada uma das fases descritas pelo teste, a maior porcentagem obtida indica a fase do estresse em que a pessoa se encontra (Lipp, 2000, 1994).

Na Tabela 57 verifica-se os resultados dos percentis e as classificações individuais dos participantes na avaliação do ISSL. É possível observar inicialmente alguns indicadores de estresse apresentados por M1, M2 e P3, contudo na avaliação pós-intervenção, houve discreta redução dos níveis de estresse. Observam-se também, que os pais, M3, P4 e M5, não apresentaram classificação de sintomas de estresse nas três fases do programa parental.

Tabela 57

Resultado do ISSL da avaliação dos pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

ISSL – ESTRESSE			
Pais Cuidadores	Pré	Pós	Follow-up
M1	Estresse, fase de resistência – físico e psicológico	Estresse, fase de resistência, físico	Sem estresse
M2	Estresse, fase de quase exaustão, físico e psicológico	Estresse, fase de resistência, psicológico	Estresse, fase de exaustão psicológico
M3	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P3	Estresse, fase de resistência, físico e psicológico	Sem estresse	Sem estresse
P4	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
M5	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse

WHOQOL-bref -Instrumento para avaliar a qualidade de vida

Investigar a qualidade de vida mostra-se um importante parâmetro a ser considerado nos estudos sobre os problemas enfrentados no dia a dia das pessoas, a partir da sua percepção, conforme literatura de Ferentz (2017). Minayo, Hartz e Buss (2000) expõem que a qualidade de vida se constitui pela satisfação que uma pessoa possa perceber nas suas relações, sejam elas, as sociais, familiares, amorosas e ambientais. O WHOQOL-bref é um instrumento para avaliar a qualidade de vida, ou seja, o quão satisfeito a pessoa se apresenta com relação aos domínios: físico, psicológicos, relações sociais, meio ambiente e avaliação geral da sua qualidade de vida. Para a análise dos dados do WHOQOL-bref de Fleck et al. (2000) consistiu em calcular os escores e a estatística descritiva dos domínios e do total por meio do Microsoft Excel de Pedroso, Pilatti e Reis (2010).

Podemos observar na Figura 30 que, de modo geral, a qualidade de vida reportada pelo grupo de pais apresenta-se como mediana ou acima da média no decorrer do programa parental. O domínio físico envolve aspectos relacionados a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho. Nota-se que o grupo demonstrou aumento do nível de satisfação nas suas respostas, inicialmente 58,93%, na pré-intervenção, 64,29% e 64,38% na pós-*follow-up*.

Já o domínio psicológico, envolve sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O grupo de pais se classificou dentro da média, o

grau de satisfação 58,33% e, ao logo do programa parental, atingiu um nível de satisfação de 63,89%, na segunda parte do programa, mantiveram-se com os mesmos resultados na fase do pós-*follow-up*.

A melhor avaliação do grau de satisfação quanto a qualidade de vida reportada pelo grupo de pais, encontra-se no domínio relações sociais, iniciou com 68,06%. Esse domínio envolve aspectos relacionados as relações pessoais, suporte e apoio social e atividade sexual, observa-se que na pós-intervenção, houve uma diminuição no nível de satisfação apresentado pelo grupo 61,11%, mas conquistou um discreto aumento 62,50% na avaliação pós-*follow-up*.

A pior avaliação conforme a percepção dos pais encontra-se no domínio meio ambiente considerado abaixo da média, 47,40%, esse domínio refere-se aos aspectos relacionados a segurança física, proteção, ambiente do lar e recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer, etc. No entanto, no decorrer do programa parental, houve um aumento na resposta do grupo de pais, 48,48% na pós-intervenção e 56,25% na pós-*follow-up*.

Para o nível total de qualidade de vida o grupo revelou um nível de satisfação, na segunda parte do programa de 58,81% e no pós-*follow-up* 60,58%. Ao comparar os níveis de satisfação nas três fases do programa parental (pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*) percebe-se um aumento de satisfação em quase todos os domínios do WHOQOL-bref, inclusive, para o índice de qualidade de vida total.

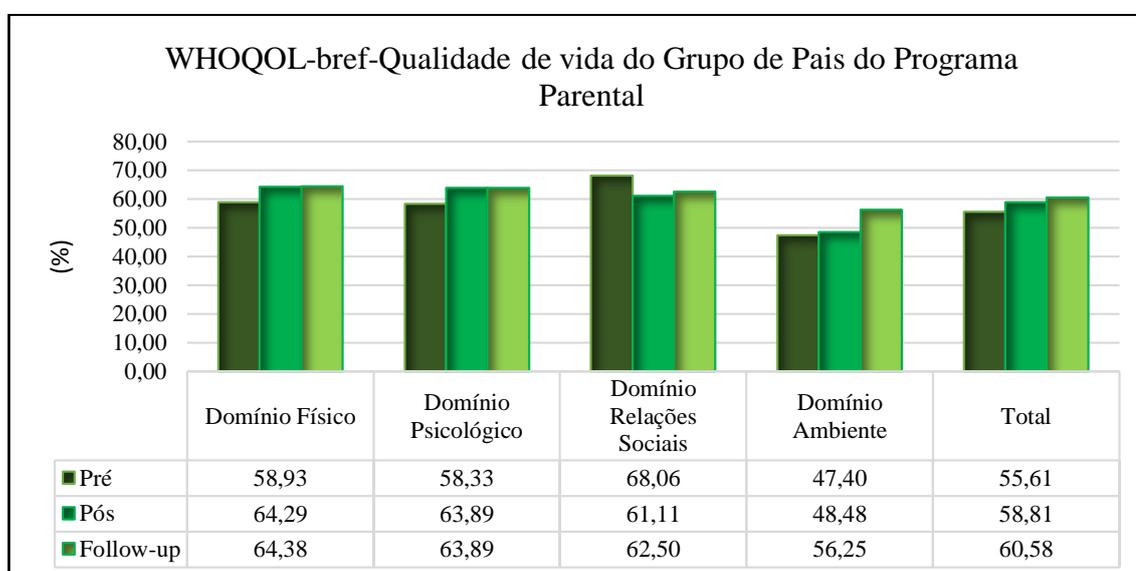


Figura 30. Resultado da avaliação do WHOQOL-bref nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente do grupo de pais no programa parental, nas fases de pré, pós-intervenção e de pós-*follow-up*.

4.4 Apreciações da comparação geral dos instrumentos da avaliação dos pais e das crianças para as condições pré, pós-intervenção e pós-*follow-up*.

A seguir será exposto os resultados separadamente por cada família, para explorar o impacto do programa parental em função da redução dos indicadores de problemas internalizantes e externalizantes, assim como o aumento das práticas educativas positivas nas respostas dos pais, para verificar os efeitos nos aspectos cognitivos e comportamentais das crianças.

Família M1 e C1

Verifica-se que C1, apresenta melhora quanto à redução de alguns problemas comportamentais, emocionais, assim como um aumento nas habilidades cognitivas. Nota-se que na avaliação de M1 para o inventário CBCL, uma redução dos pontos das escalas da síndrome e das orientadas pelo DSM. Quanto à avaliação do questionário baseado no DSM-5, observa-se uma diminuição do ponto, apenas no sintoma de hiperatividade/impulsividade e manutenção dos sintomas de desatenção. Na avaliação do professor para o inventário TRF, houve uma redução de alguns problemas comportamentais e emocionais. Na escala que investiga os problemas decorrentes do TDAH, como déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial, apresenta redução dos comportamentos problema e classificação com alguns indicadores de dificuldades para déficit de atenção. Nos resultados dos testes neuropsicológicos, observa-se manutenção dos escores do WISC-IV para os índices de memória operacional e um aumento da atenção seletiva, da flexibilidade cognitiva, da velocidade de processamento e de funções executivas, como visto nos instrumentos TAC, TRILHAS e FDT. Observa-se ganhos no CPT ao verificar a diminuição do índice clínico quanto a probabilidade de problemas de atenção.

Ao analisar as respostas do IEP/Total, M1 apresenta declínio frente à avaliação monitoria positiva, contudo para comportamento moral, manteve-se com ótima classificação, assim como para punição inconsistente, disciplina relaxada e monitoria negativa. Quanto as práticas parentais relacionadas a negligência e o abuso físico manteve-se dentro da classificação e declínio na manutenção de prática positiva. Nota-se redução dos pontos brutos para as escalas dos problemas internalizantes e externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das escalas Beck, observa-se redução dos sintomas de ansiedade para o inventário BAI e no BDI manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades para sintomas de

depressão. Na avaliação do ISSL houve redução da sintomatologia psicológica e etiologicamente de quadro característico do estresse.

Família M2 e C2

Verifica-se que C2, apresenta melhora frente à redução de alguns indicadores de problemas comportamentais e emocionais, observou-se também, um aumento nas habilidades cognitivas. A avaliação para o inventário CBCL apresentou aumento dos pontos para indicadores de dificuldades para as escalas da síndrome e das orientadas pelo DSM. Quanto avaliação do questionário baseado no DSM-5, houve um declínio dos pontos para os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade. Para avaliação do professor (TRF), houve um aumento de alguns indicadores de dificuldades para os problemas comportamentais e emocionais. Os resultados da escala que investiga os problemas decorrentes do TDAH, como o déficit de atenção, a hiperatividade/impulsividade, os problemas de aprendizagem e de comportamento antissocial, apresentaram redução dos comportamentos problema e classificação sem indicadores de dificuldades. Nos resultados dos testes neuropsicológicos, verifica-se aumento dos escores do teste WISC-IV para os índices de memória operacional, de atenção seletiva, de flexibilidade cognitiva, da velocidade de processamento e de funções executivas como visto nos instrumentos TAC, TRILHAS e FDT. Observa-se também ganhos no teste CPT ao verificar a diminuição no índice clínico quanto a probabilidade de problemas de atenção.

Ao analisar as respostas do IEP/Total, M2 apresenta aumento da monitoria positiva no *pós-follow-up* e para comportamento moral, manteve-se com ótima classificação de estilo parental. Na avaliação punição inconsistente, disciplina relaxada e monitoria negativa, aumento na classificação para um estilo acima da média. Quanto as práticas parentais relacionadas a negligência e o abuso físico, manteve-se com classificação de risco. Nota-se manutenção dos pontos brutos para indicadores de dificuldades referente aos problemas internalizantes e aumento dos pontos para os problemas externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das escalas Beck, observa-se redução dos sintomas de ansiedade, como visto, no inventário BAI e no BDI manutenção na classificação com indicadores de dificuldades para sintomas de depressão. Observa-se redução da sintomatologia psicológica e etiologicamente de quadro característico do estresse, na fase de pré-intervenção e aumento dos indicadores de dificuldades no *pós-follow-up*, conforme aparece no ISSL.

Família M3, P3 e C3

Verifica-se que C3, apresenta melhora frente à redução de alguns problemas comportamentais, emocionais e aumento de habilidades cognitivas. Nota-se que na avaliação dos pais para o inventário CBCL, houve uma redução dos pontos das escalas da síndrome e das orientadas pelo DSM. Quanto avaliação do questionário baseado no DSM-5, observa-se que houve diminuição de três pontos, apenas para os sintomas de hiperatividade/impulsividade e manutenção dos sintomas de desatenção. Na avaliação do professor para o inventário TRF, uma diminuição de alguns problemas comportamentais e emocionais. Na escala que investiga os problemas decorrentes do TDAH, como o déficit de atenção, a hiperatividade/impulsividade, os problemas de aprendizagem e de comportamento antissocial, apresenta redução dos comportamentos problema e classificação sem indicadores de dificuldades. Nos resultados dos testes neuropsicológicos, foi possível observar, manutenção dos escores no WISC-IV para os índices de memória operacional e aumento na atenção seletiva, flexibilidade cognitiva, como visto nos instrumentos TAC, TRILHAS. Nota-se, manutenção na classificação, bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo no FDT. Observa-se também, ganhos no teste CPT ao verificar a diminuição no índice clínico quanto a probabilidade de problemas de atenção.

Ao analisar as respostas do IEP/Total, M3 apresenta aumento da monitoria positiva e comportamento moral na pós-intervenção e no pós-*follow-up*, apresentando ótima classificação no estilo parental. Na avaliação para negligência, disciplina relaxada e abuso físico, aumento na classificação para um estilo parental acima da média e ótimo. Quanto as práticas parentais punição inconsistente, observa-se diminuição quanto ao estilo parental, mas ainda se manteve dentro de um estilo acima da média, já a classificação para monitoria negativa na pré-intervenção ótimo estilo parental, contudo na pós-*follow-up*, houve uma diminuição para abaixo da média. Nota-se redução dos pontos brutos para indicadores de dificuldades referente aos problemas internalizantes e problemas externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das escalas Beck-BAI/BDI e ISSL observa-se manutenção na classificação, sem indicadores de dificuldades para sintomas de ansiedade, depressão e quadro característico do estresse, como visto, em todas as fases do estudo.

Ao analisar as respostas do IEP/Total, P3 apresenta aumento com foco na monitoria positiva e no comportamento moral, com ótima classificação de estilo parental. Verificou-se na avaliação punição inconsistente, na negligência, na disciplina relaxada e no abuso físico, aumento na classificação para um estilo acima da média e ótimo, já a classificação para

monitoria negativa na pré-intervenção, estilo parental acima da média, contudo na pós-*follow-up* houve uma diminuição para abaixo da média. Nota-se redução dos pontos brutos para indicadores de dificuldades referente aos problemas internalizantes e problemas externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das escalas Beck-BAI/BDI e ISSL observa-se redução da sintomatologia psicológico e etiologicamente de quadro característico do estresse, na fase pré-intervenção e manutenção na classificação, sem indicadores de dificuldades para sintomas de ansiedade e depressão.

Família P4 e C4

Foi possível observar que C4, apresentou melhora frente à redução de alguns problemas comportamentais, emocionais e aumento de habilidades cognitivas. Nota-se que na avaliação do pai/cuidador para o inventário CBCL, um aumento dos pontos para indicadores de dificuldades para as escalas da síndrome e das orientadas pelo DSM. Quanto à avaliação do questionário baseado no DSM-5, manteve-se pontuações para os sintomas de desatenção. Na avaliação do professor para o inventário TRF, redução de alguns problemas comportamentais e emocionais. Na escala que investiga os problemas decorrentes do TDAH, observou-se manutenção “dentro da expectativa” nas escalas de déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade e redução dos problemas de aprendizagem e comportamento antissocial, com classificação sem indicadores de dificuldades. Nos resultados dos testes neuropsicológicos, observa-se aumento dos escores do teste WISC-IV para os índices de memória operacional e aumento na atenção seletiva, flexibilidade cognitiva, como visto nos instrumentos TAC e TRILHAS. Nota-se manutenção na classificação de flexibilidade, apresentou bons resultados e eficácia em seu processo cognitivo, contudo no índice inibição houve um declínio, mas ainda assim permaneceu com bons resultados e eficácia no processo cognitivo. Observa-se dificuldades no teste CPT ao verificar um leve aumento no índice clínico quanto a probabilidade de problemas de atenção.

Ao analisar as respostas do IEP-Total de P4 verificou o aumento da monitoria positiva e do comportamento moral, manteve-se com ótima classificação de estilo parental. Quanto a punição inconsistente, a negligência, a disciplina relaxada e a monitoria negativa, houve aumento na classificação para um estilo parental acima da média e ótimo. Quanto as práticas parentais relacionadas ao abuso físico, manteve-se com classificação de um estilo parental abaixo da média. Nota-se redução dos pontos brutos para indicadores de dificuldades referente aos problemas internalizantes e externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das

escalas Beck-BAI/BDI e ISSL observa-se manutenção na classificação, sem indicadores de dificuldades para sintomas de ansiedade, depressão e quadro característico do estresse, como visto, em todas as fases do estudo.

Família M5 e C5

Foi possível verificar na avaliação de C5, melhora frente à redução de alguns problemas comportamentais, emocionais e aumento de habilidades cognitivas. Nota-se que na avaliação do inventário CBCL, um aumento dos pontos para indicadores de dificuldades para as escalas da síndrome e das orientadas pelo DSM. Quanto avaliação do questionário baseado no DSM-5, a manutenção das pontuações para os sintomas de desatenção. À avaliação do professor para o inventário TRF, apontou aumento de alguns indicadores de problemas comportamentais e emocionais após o pós-*follow-up*. Na escala que investiga os problemas decorrentes de TDAH, observa-se aumento nas escalas de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade e redução dos Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial, no qual apresentou classificação sem indicadores de dificuldades. Nos resultados dos testes neuropsicológicos, houve manutenção dos escores do WISC-IV para os índices de memória operacional e aumento na atenção seletiva, flexibilidade cognitiva, velocidade de processamento e funções executivas como visto nos instrumentos TAC, TRILHAS e FDT. Observa-se ganhos no CPT ao verificar a diminuição do índice clínico quanto a probabilidade de problemas de atenção.

Ao analisar as respostas do IEP/Total, M5 apresenta manutenção frente à avaliação monitoria positiva, contudo para comportamento moral, na pós-intervenção apresentou ótimo estilo parental, mas no pós-*follow-up* houve uma redução apontando classificação abaixo da média. Quanto a punição inconsistente, a negligência, a disciplina relaxada e o abuso físico, verifica-se manutenção de um ótimo estilo parental. Quanto as práticas parentais relacionadas a monitoria negativa, aumento na classificação para um estilo acima da média e ótima. Nota-se aumento dos pontos brutos para indicadores de dificuldades referente aos problemas internalizantes e externalizantes na avaliação do ASR. Quanto avaliação das escalas Beck-BAI/BDI e ISSL observa-se manutenção na classificação, sem indicadores de dificuldades para sintomas de ansiedade, depressão e quadro característico do estresse, como visto, em todas as fases do estudo.

4.4.1 *Apreciações dos resultados individuais das crianças avaliadas*

De modo geral, podemos perceber na Tabela 58 que os resultados finais das crianças avaliadas foram positivos, de acordo com os seguintes dados:

- C1 obteve 75% nos testes indicando melhoras nas avaliações comportamentais e neuropsicológicas e 17% não apontou alterações nos testes, permanecendo dentro da expectativa ou sem indicadores de dificuldades, contudo, 8% dos testes permaneceu com indicadores de dificuldades na escala de desatenção em comparação a fase de pré-intervenção.
- Observou-se que na avaliação de C2, 83% dos testes houve melhora nas avaliações comportamentais e neuropsicológicas, mas 17% indicou aumento das escalas problemas, contribuindo para dificuldades nas habilidades investigadas.
- Na avaliação de C3 foi possível notar que 75% dos testes indicou melhora e 17% dos testes não apontaram alteração em comparação com a fase de pré-intervenção, permanecendo sem indicadores de dificuldades, contudo, 8% dos testes permaneceu com indicadores de dificuldades na escala de desatenção.
- C4 teve 50% dos testes indicando melhora nas avaliações comportamentais e neuropsicológicas e 25% não apontou alterações nos testes permanecendo dentro da expectativa ou sem indicadores de dificuldades, contudo, 25% mostrou diminuição da qualidade de acertos em comparação com a fase de pré-intervenção, indicando dificuldades nas habilidades averiguadas.
- Nota-se que C5 obteve 50% dos testes indicando melhora nas avaliações comportamentais e neuropsicológicas e 17% não apontou alterações nos testes permanecendo dentro da expectativa ou sem indicadores de dificuldades, mas, 8% dos testes permaneceram com indicadores de dificuldades na escala de desatenção e 17% mostrou diminuição da qualidade de acertos em comparação com a fase de pré-intervenção indicando assim dificuldades nas habilidades investigadas.

4.4.2 *Apreciações do IEP dos resultados individuais do grupo de pais*

De modo geral, podemos perceber na Tabela 59 que os resultados finais dos pais avaliados foram positivos para o IEP, de acordo com os seguintes dados:

- Observou-se na avaliação pós-intervenção, que M1 pontuou 50% dos testes indicando manutenção do estilo parental positivo, 13% manutenção do estilo parental negativo e

- 37% de redução do estilo parental positivo. Na fase de pós-*follow-up*, 13% dos testes obteve aumento do estilo parental positivo, 50% na manutenção do estilo parental positivo, 25% na manutenção do estilo parental negativo e 13% de redução do estilo parental positivo.
- M2 obteve 62% nos testes indicando melhora nas práticas educativas avaliadas, houve aumento do estilo parental positivo, 13% mostrou redução do estilo parental positivo e 25% na manutenção do estilo parental negativo em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 37% dos testes obteve aumento do estilo parental positivo, 13% na manutenção do estilo parental positivo, 37% na manutenção do estilo parental negativo e 13% de redução do estilo parental positivo.
 - Observa-se que M3 obteve 62% nos testes indicando melhora nas práticas educativas avaliadas, houve aumento do estilo parental positivo, 25% mostrou manutenção do estilo parental positivo e 13% na manutenção do estilo parental negativo em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 37% dos testes obteve aumento do estilo parental positivo, 37% na manutenção do estilo parental positivo e 25% de redução do estilo parental positivo.
 - Quanto a avaliação de P3, esse obteve 62% nos testes indicando melhora nas avaliações, um aumento do estilo parental positivo, 13% mostrou manutenção do estilo parental positivo e 25% de redução do estilo parental positivo em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 25% dos testes obteve aumento do estilo parental positivo, 62% na manutenção do estilo parental positivo e 13% de redução do estilo parental positivo.
 - P4 obteve 87% nos testes indicando melhora nas práticas educativas avaliadas, um aumento do estilo parental positivo e 13% mostrou manutenção do estilo parental positivo em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 87% na manutenção do estilo parental positivo e 13% de redução do estilo parental positivo.
 - Observou-se na avaliação de M5, 100% dos resultados apontaram manutenção do estilo parental positivo em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 13% de aumento do estilo parental positivo, 75% mostrou manutenção do estilo parental positivo e 13% de redução do estilo parental positivo.

4.4.3 *Apreciações dos resultados individuais do grupo de pais, dos instrumentos ASR, BAI, BDI e ISSL.*

Do mesmo modo, podemos perceber na Tabela 60 que os resultados finais dos pais avaliados foram positivos para o ASR, BAI, BDI e ISSL, de acordo com os seguintes dados:

- M1 obteve 80% dos testes indicando melhora nas avaliações comportamentais e emocionais e 20% mostrou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.
- Observou-se que M2 obteve 60% de melhora nos testes, indicando redução dos indicadores de dificuldades, 20% indicou aumento dos pontos brutos para indicadores de dificuldades e 20% na manutenção dos pontos brutos, indicando dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 20% de redução e 40% de aumento dos indicadores de dificuldades e 40% na manutenção dos pontos brutos com indicadores de dificuldades.
- M3 obteve melhora em 60% dos testes, indicando redução dos indicadores de dificuldades e 40% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 40% de redução dos indicadores de dificuldades e 60% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades.
- P3 obteve melhora em 60% dos testes, indicando redução do problema e 40% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 40% redução dos indicadores de dificuldades e 60% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades.
- P4 obteve melhora em 40% dos testes, indicando redução dos problemas comportamentais, emocionais e de estresse e 60% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção e de pós-*follow-up*.
- M5 obteve melhora em 40% dos testes, indicando redução do problema e 60% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades em comparação com a fase de pré-intervenção. Na fase de pós-*follow-up*, 40% dos testes indicou aumento dos indicadores de dificuldades para problemas internalizantes e externalizantes e 60% dos testes indicou manutenção na classificação sem indicadores de dificuldades.

Tabela 58.
 Comparação geral entre os diferentes instrumentos utilizados nas avaliações pré-intervenção e pós-*follow-up* com as crianças, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.

ANÁLISES DOS RESULTADOS DAS CRIANÇAS												
Crianças	Indicadores Comportamentais							Indicadores Cognitivos				
	DSM-5	CBCL	TRF	ESCALA TDAH				WISC-IV(IMO)	TAC	TRILHAS	CPT	FDT
				Déficit de Atenção	Hiperatividade Impulsividade	Problemas de Aprendizagem	Comportamento Antissocial					
C1	Manutenção da escala: Desatenção Com indicadores de dificuldades	Redução dos pontos das escalas problemas	Redução dos pontos das escalas problemas	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Manutenção da escala Dentro da expectativa	Redução da escala problema	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Aumento na parte 1 e 3 e ponto total	Aumento na classificação parte B	Redução da probabilidade de problema de atenção	Aumento no desempenho: inibição e flexibilidade
C2	Redução da escala: Desatenção e Hiperatividade	Aumento das escalas problemas	Aumento das escalas problemas	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Aumento na classificação	Aumento na parte 1 e 3 e ponto total	Aumento na classificação parte B	Redução da probabilidade de problema de atenção	Aumento no desempenho: inibição e flexibilidade
C3	Manutenção da escala: Desatenção Com indicadores de dificuldades	Redução dos pontos das escalas problemas	Redução dos pontos das escalas problemas	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Aumento na parte 3 e ponto total	Aumento na classificação parte B	Redução da probabilidade de problema de atenção	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades
C4	Manutenção da escala: Desatenção Sem indicadores de dificuldades	Aumento das escalas problemas	Redução dos pontos das escalas problemas	Manutenção da escala Dentro da expectativa	Manutenção da escala Dentro da expectativa	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Aumento na classificação	Aumento na parte 3 e ponto total	Aumento na classificação parte B	Aumento da probabilidade de problema de atenção	Diminuição no desempenho: inibição
C5	Manutenção da escala: Desatenção Com indicadores de dificuldades	Aumento das escalas problemas	Aumento das escalas problemas	Manutenção da escala Dentro da expectativa	Aumento da escala problema Com indicadores de dificuldades	Redução da escala problema	Redução da escala problema	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Aumento na parte 1 e ponto total	Aumento na classificação parte B	Redução da probabilidade de problema de atenção	Aumento no desempenho: inibição e flexibilidade

Legenda: Quadro azul indica melhora nas habilidades avaliadas. Quadro verde indica que não há alteração. Quadro branco e salmão indicam dificuldades nas habilidades investigadas.

Tabela 59.
 Comparação geral dos instrumentos IEP utilizados nas avaliações pré e pós-intervenção e pós-follow-up, com os pais, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.

ANÁLISE DO IEP: RESULTADOS DOS PAIS									
País	Análise das etapas	Práticas Positivas		Práticas Negativas					IEP/Total
		Monitoria Positiva	Comportamento Moral	Punição Inconsistente	Negligencia	Disciplina Relaxada	Monitoria Negativa	Abuso Físico	
M1	Pós	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo
	Follow-up	Redução do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Manutenção do estilo parental positivo
M2	Pós	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção da prática negativa	Aumento do estilo parental positivo
	Follow-up	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Manutenção do estilo parental negativa	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Aumento do estilo parental positivo
M3	Pós	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental negativa	Aumento do estilo parental positivo
	Follow-up	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo
P3	Pós	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo
	Follow-up	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção da prática positiva	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo
P4	Pós	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo	Aumento do estilo parental positivo
	Follow-up	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção da prática positiva	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo
M5	Pós	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção da prática positiva	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo
	Follow-up	Manutenção do estilo parental positivo	Redução do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo	Aumento da Prática positiva	Manutenção do estilo parental positivo	Manutenção do estilo parental positivo

Legenda: Quadro azul indica melhora nas práticas educativas avaliadas. Quadro verde indica manutenção positiva nas práticas educativas avaliadas. Quadro branco indica dificuldades nas práticas educativas e manutenção das práticas educativas negativas ou redução das positivas.

Tabela 60.

Comparação geral entre os instrumentos ASR, BAI, BDI, ISSL utilizados nas avaliações pré e pós-intervenção e pós-follow-up, com os pais, apresentados de maneira objetiva, na tentativa de estabelecer possíveis indicadores de resultado após o programa parental.

ANÁLISES DOS RESULTADOS DOS PAIS						
Pais	Análise das etapas	ASR		Escala Beck		ISSL
		Problemas Internalizantes	Problemas Externalizantes	BAI	BDI	
M1	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução na classificação indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Redução do estresse
	Follow-up	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução na classificação indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Redução do estresse
M2	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Aumento dos índices indicadores de dificuldades	Redução na classificação indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação indicadores de dificuldades	Redução do estresse
	Follow-up	Manutenção dos índices com indicadores de dificuldades	Aumento dos índices indicadores de dificuldades	Redução na classificação indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação indicadores de dificuldades	Aumento do estresse Indicadores de dificuldades
M3	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Redução na classificação indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
	Follow-up	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
P3	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Redução do estresse
	Follow-up	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
P4	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
	Follow-up	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
M5	Pós	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Redução dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse
	Follow-up	Aumento dos índices indicadores de dificuldades	Aumento dos índices indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de dificuldades	Manutenção na classificação Sem indicadores de estresse

Legenda: Quadro azul indica melhora nos problemas emocionais e comportamentais. Quadro verde indica que não há alteração na classificação sem indicadores de dificuldades. Quadro branco indica dificuldades nos aspectos emocional e comportamental.

5 DISCUSSÃO

5.1 Apreciações do programa parental

Os encontros foram registrados por atividades realizadas durante as sessões e desafios em casa, além disso, o estudo contou com dois colegas da psicologia para observar e registrar as falas e comportamentos dos pais durante o programa parental. Todos os encontros foram transcritos conforme as instruções do protocolo de registro: intervenção parental, vide anexo 6. Os dados foram submetidos à Análise descritiva de Bardin (2010), que tem um caráter essencialmente qualitativo, a partir dos eixos temáticos previamente estabelecidos no programa parental. A identificação das categorias foi realizada a partir da pré-análise do material, exploração do material e interpretação dos resultados. O material foi analisado e organizado, as quais foram agrupadas a partir de características comuns, respondendo aos critérios sobre as práticas educativas positivas e negativas e consequências no comportamento das crianças com TDAH. Por fim, os resultados foram discutidos com base na literatura.

5.1.1. Primeiro Encontro: Conhecimento sobre TDAH

O primeiro encontro teve o propósito de sensibilizar, integrar o grupo e levantar os problemas comportamentais dos filhos e as dificuldades dos pais/cuidadores. O primeiro recorte a ser analisado foi o relato dos pais, em que é possível perceber alguns conflitos ao dizerem: “*o que eu fiz ou faço?*”, “*o que eu faço, que melhora ou piora o comportamento das crianças?*”, esses questionamentos foram recorrentes entre os participantes. M5 adaptou o horário de meio período no trabalho para auxiliar o filho com as tarefas escolares. Segundo M5, o filho melhorou seu desempenho escolar, porém o “[...] custo tornou-se alto”. Outras dificuldades aparecem com o relato de M3, ao declarar “[...] eu não sei como agir quando C3 pede mais tempo para brincar ou assistir TV, quando já passou do horário para tomar banho ou jantar”. Segundo M3 “[...] o “não” vira “sim” quando o filho insiste para ficar mais um pouco. Conforme M3 e P3, o TDAH do filho (C3) “[...] afeta o casamento”, “[...] a dinâmica da família se torna estressante”, visto que, discordam na maneira que o parceiro (a) estabelece a rotina. O transtorno afeta também a vida profissional de P4 e M5, que revelam abandonar algumas de suas atividades profissionais, para amparar as crianças com as tarefas escolares.

Inicialmente, os pais nomeiam os déficits comportamentais dos filhos, como falta de “*autonomia*”, “*falta de limite*”, “*desorganizado*”, “*relaxado*”, “*fala demais*”, “*esquecido*”, “*distraindo*”, “*chorão*”, “*respondão*”, “*calado quando aborrecido*”, “*inconveniente*”,

“preguiçoso” e “atenção apenas para o que gosta como, por exemplo: brincar com videogame, amigos, celular e assistir TV”. É possível perceber no discurso dos pais o anseio por respostas acerca do TDAH, visto que não há aprofundamento sobre o tema e as informações que possuem transitam entre o senso comum, como nomear esses déficits como preguiça, porém reconhecem os esforços dos filhos. A dificuldade de organização, realização de tarefas escolares e domiciliares, são temas que foram suscitados e que frustram não só as crianças, como também os pais que não sabem como lidar com a situação, e às cegas desenvolvem estratégias para manejar os comportamentos dos filhos, visando o bom desenvolvimento deles.

Como visto, o TDAH modifica a organização familiar, para essas dificuldades, Phelan em (2005) já referia que o ambiente se torna um cenário repleto de conflitos que impacta as relações afetivas entre pais e filhos e acarreta desgastes de ordem física e emocional.

Após a implementação da psicoeducação sobre o TDAH e os levantamentos das dificuldades dos pais, sugeriu-se ao grupo um exercício, vide anexo 5, com base no Baralho de TDAH de Tisser (2014) para classificar os problemas comportamentais das crianças. A Tabela 61 sinaliza os sintomas de TDAH dos filhos identificados pelos pais do programa parental.

Tabela 61

Levantamento dos problemas de comportamento compatíveis com TDAH.

Sintomas do Baralhos de TDAH de Tisser (2014).					
M1	M2	M3	P3	P4	M5
Agitado	Descuidada	Agitado	Agitado	Apressado	Agitado
Descuidado	Desorganizada	Descuidado	Descuidado	Desorganizado	Descuidado
Desorganizado	Tagarela	Desorganizado	Desorganizado	Tagarela	Desorganizado
Tagarela	Esquecida	Tagarela	Esquecido	Esquecido	Esquecido
Esquecido	Distraída	Esquecido	Distraído	Distraído	Distraído
Distraído	Desatenta	Distraído	Desatento	Desatento	Desatento
Desatento		Desatento			

Legenda: P (Pais) e M (Mães).

A criança diagnosticada com TDAH demanda cuidados e sobrecarrega a família, que por vezes não sabe como conduzir uma monitoria adequada para acompanhar seus filhos com dificuldades de desatenção, desorganização, planejamento e impulsividade. Os pais se sentem sobrecarregados, inseguros, incompreendidos, desorientados, descontentes, desamparados e cansados por não conseguirem o melhor manejo para ajudar seus filhos.

É possível perceber que a família que possui uma ou mais crianças com o transtorno experimenta um cotidiano que difere do convívio em outras famílias, geralmente, aparecem

mais tensões, discussões e a existência de competição entre irmãos (Phelan, 2005). Esses resultados encontram ressonância com os estudos de Benczik e Casella (2015) onde expõe que o núcleo familiar se torna tenso e muitas vezes advém do fato de seus filhos parecerem “não escutar”, reagirem mal às frustrações, apresentarem comportamentos agressivos e não respeitarem as regras combinadas pelos pais (Benczik et al., 2015). Diferentes estudos reforçam eficácia das intervenções com pais como parte do tratamento da criança com TDAH. Os trabalhos sugerem abordagens comportamentais especialmente as de caráter de treinamento de habilidades e psicoeducação (Bertoldo et al., 2018; Coates, Taylor & Sayal (2015; Mulqueen, Bartley & 2015; Stattin, Enebrink, Özdemir & Giannotta, 2015; Daley & O’Brien, 2013).

5.1.2. *Segundo Encontro: Comportamento adequado e inadequado*

O segundo encontro teve como propósito sensibilizar os pais para a percepção dos comportamentos dos filhos, valorizar os comportamentos adequados, levantar os comportamentos inadequados dos filhos e de suas próprias atitudes enquanto cuidadores.

Neste encontro elaborou-se uma dinâmica, discussões e atividades sobre o tema em questão, para casa foi proposto o primeiro desafio. A atividade (anexo 7) referiu-se a uma observação cuidadosa dos pais sobre os comportamentos dos seus filhos, os quais eles consideravam adequados e os que consideravam inadequados. Na sequência, após os levantamentos dos comportamentos, os pais responderam duas questões: 1. O que você costuma fazer quando seu filho se comporta de maneira adequada? 2. O que você costuma fazer quando o seu filho se comporta de maneira inadequada? O exercício teve como propósito compreender a percepção dos pais, sobre o comportamento dos seus filhos e de suas próprias atitudes.

Abaixo a Tabela 62 apresenta as respostas detalhadas dos participantes do grupo de pais sobre o levantamento dos comportamentos adequados dos filhos. Optou-se por analisar uma categoria identificada nas respostas dos pais, 83% (n=5) apontaram os filhos como “obediente”.

Tabela 62

Levantamento dos comportamentos adequados dos filhos segundo a percepção dos pais.

Comportamentos adequados dos filhos?		
Pais	Respostas	Categoria e Frequência
M1	“C1 - Dorme na hora combinada, faz a tarefa de casa, toma remédio todas as noites sem ninguém o lembrar, não comenta as conversas de adulto que ouve, obedece aos comandos dos pais e carinhoso com a mãe. ”	
M2	“C2 - Uso de palavras mágicas; obrigada, desculpe, com licença, mostra interesse na escola e não gosta de faltar. Se empenha no que tem interesse e pesquisa sobre. É amiga, companheira, muito solidária, segue regras e se esforça para conter a ansiedade, gosta de ser criança e procura coisas adequadas para sua idade. ”	
M3	“C3 - Abraçar, brincar, tem amigos, é comunicativo, amoroso com animais e gosta de beijar. ”	Obediente (83%)
P3	“C3 - Se preocupa com todos e os cumprimenta, é carinhoso, prestativo, competitivo e obediente. ”	
P4	“C4 - Faz lição de casa sozinho, toma banho e se veste. É pontual com horário de acordar, trata bem os amigos, é obediente, prestativo e solidário. ”	
M5	“C5 - Obedece às regras em casa, cumprir os combinados (ex. fazer lição na hora solicitada). Divide sem egoísmo, mantém materiais e lições em ordem, sempre diz a verdade. ”	

Legenda: P (Pais) e M (Mães)

O primeiro recorte a ser analisado refere-se à categoria “obediente”, o excerto acima foi proferido por cinco participantes. Os pais foram indagados a observar os comportamentos adequados dos filhos. Ao analisar o excerto observa-se que os pais reconhecem a obediência como um dos comportamentos adequados dos seus filhos, como visto nos enunciados da Tabela 62, como exemplo, optou analisar as respostas dos pais M1 “[...] C1 obedece aos comandos dos pais, é carinhoso com a mãe” e M5 “[...] C5 obedece às regras em casa, cumpri os combinados (ex: fazer lição na hora solicitada).”

Para analisar este recorte cabe se apropriar dos conceitos de Baumrind (1971) em que sustenta que o estilo autoritativo (pai muito exigente, mas também, muito afetivo com o filho) aumenta a efetividade do seu modo de interagir com o filho e com mais possibilidade de transformar comportamento inadequado da criança em adequado, reforçando assim, a sua habilidade enquanto cuidador que atua como agente socializador. O estudo de Marino (2015) apontou que altas habilidades educativas sociais dos pais estão associadas ao desenvolvimento de competências sociais nas crianças, melhores as habilidades em funções executivas e o aumento da frequência de comportamentos adequados nos filhos.

A Tabela 63 apresenta respostas dos pais referentes as suas próprias atitudes em presença dos comportamentos adequados dos filhos. Quanto às respostas sobre a pergunta proposta, apenas uma categoria foi considerada “elogiar” 100% dos pais (n=6) emitiram essa atitude.

Tabela 63

Levantamento das atitudes dos pais na presença dos comportamentos adequados dos seus filhos.

O que você costuma fazer quando o seu filho comporta-se de maneira Adequada?		
Pais	Respostas	Categoria e Frequência
M1	<i>“Elogio, dou parabéns, faço alguma coisa que ele gosta de comer.”</i>	Elogiar (100%)
M2	<i>“Elogio, agradeço quando é cabível e reforço como ela é capaz e o que pode melhorar se não desistir.”</i>	
M3	<i>“Digo parabéns filho, isso mesmo, a mamãe fica feliz quando você aprende.”</i>	
P3	<i>“Elogio”</i>	
P4	<i>“Elogio, falando como ele foi bem e pergunto se houve alguma dificuldade, para ressaltar que ele consegue mesmo quando acha que uma coisa é difícil.”</i>	
M5	<i>“Elogio o seu bom comportamento, mas sem exagero, algumas vezes faço a vontade dele. Ex. dou algo que ele deseja.”</i>	

Legenda: P (Pais) e M (Mães)

O segundo recorte analisado refere-se à categoria “elogiar”, observa-se na materialidade posta que os participantes atribuem um valor significativo ao comportamento adequado dos filhos, retribuindo-os, conforme enfatizado no excerto escolhido para análise, M1 “[...] *Elogio C1, dou parabéns, faço alguma coisa que ele gosta de comer*” e P4 “[...] *Elogio C4, falando como ele foi bem e pergunto se houve alguma dificuldade, para ressaltar que ele consegue mesmo quando acha que uma coisa é difícil*”.

Os excertos se apresentam em consonância com os achados de Rocha, Del Prette e Del Prette (2013), os autores sugerem impacto positivo no comportamento adequado das crianças com TDAH, quando os pais adquirem repertório de Habilidades Sociais Educativas Parentais, tais como, elogiar e oferecer feedback as crianças, monitorar positivamente, transmitir e expor conteúdos, estabelecer limites, disciplina e oferecer contexto potencialmente educativo aos seus filhos.

Quanto aos comportamentos inadequados dos filhos a Tabela 64 apresenta as respostas detalhadas dos pais. Foi possível criar uma categoria “**desorganizado**”, 67%

(n=5) dos participantes, apontaram o comportamento dos seus filhos como um problema comportamental.

Tabela 64

Levantamento dos comportamentos inadequados dos filhos segundo a percepção dos pais.

Comportamentos inadequados dos filhos?		
Pais	Respostas	Categoria e Frequência
M1	<i>“C1 - “Tem dificuldade de organizar as próprias coisas. Atravessa as conversas (de vez em quando, já melhorou). Cutuca o irmão o tempo todo. Não tem cuidado com as coisas, quebra com facilidade. Fala e faz pequenas maldades e fala que foi sem querer ou que era brincadeira. Não tem iniciativa para cuidar de si. ”</i>	
M2	<i>“C2 - “Preguiça e lentidão antes de sair, esquece, omite recados, nunca para de falar (e/ou) comenta tudo. Lentidão nas tarefas, desiste fácil e dá sermão nos primos e amigos.”</i>	
M3	<i>“C3 - “...é desatento, desorganizado, gosta de comer assistindo e deixa sapato pela casa. ”</i>	Desorganizado (67%)
P3	<i>“C3 - “Não para quieto, não respeita a conversa dos mais velhos, desatento, não assume os erros, é desorganizado. ”</i>	
P4	<i>“C4 - “Faz manha, chora sem motivo, se isola às vezes. Às vezes é respondão quando contrariado. Enrola para tomar banho. E as vezes não conta algo que aconteceu por medo de bronca. ”</i>	
M5	<i>“C5 - “Agressão por palavras, as vezes finge que não escuta, deixa objetos jogados, espera todos dormirem para jogar no celular. As vezes tem que ser lembrado para fazer algo (pelo menos 3 vezes) e come muito rápido. ”</i>	

Legenda: P (Pais) e M (Mães)

Ao analisar a categoria **desorganizado**, percebe-se que o excerto que sobressaiu foi proferido por quatro participantes. Os pais foram indagados sobre os comportamentos inadequados dos filhos. Observa-se que os participantes consideram a desorganização como um dos problemas comportamentais dos filhos com TDAH, conforme visto no enunciado da tabela acima. *“C1, tem dificuldade de organizar as próprias coisas” e “C3 [...] é desatento, desorganizado, bagunceiro, gosta de comer assistindo e deixa sapato pela casa, não para quieto, não respeita a conversa dos mais velhos, desatento, não assume os erros é desorganizado”.*

Para analisar estes recortes cabe apropriar-se do trabalho de Mattos (2005, p. 70) em que aponta a necessidade das famílias de compreenderem as dificuldades enfrentadas pelos filhos com TDHA, ainda que o transtorno significa para a criança “ter sempre que se desculpar por ter quebrado algo, mexido em algo que não deveria, por fazer comentários fora de hora, por não ter sido suficientemente organizado, por esquecer as coisas, por perder

objetos importantes [...]”. Assim como também aparece no estudo de Oliveira (2012) em que reforça a importância dos pais compreenderem as especificidades dos seus filhos com TDHA, uma vez que é esperado que os eduquem e se esforcem para acompanharem seus filhos progredirem, já que a criança com déficit de atenção precisa ser ouvida, motivada e elogiada.

A Tabela 65 apresenta respostas dos pais referentes as suas próprias atitudes em presença dos comportamentos inadequados dos seus filhos. Quanto às respostas sobre a pergunta, uma categoria foi considerada nas respostas dos pais, 67% (n=4) apontam “**chamar atenção**” dos filhos.

Tabela 65

Levantamento das atitudes dos pais na presença dos comportamentos inadequados dos seus filhos.

O que você costuma fazer quando o seu filho comporta-se de maneira Inadequada?		
Pais	Respostas	Categoria e Frequência
M1	<i>“Converso, falo muito, oriento a forma que deveria agir. Dou bronca. As vezes coloco de castigo ou dou uns tapas, mas é raro acontece”</i>	
M2	<i>“Muitas vezes que reajo agressivamente (com gritos ou expressão de desaprovação) é porque não estou bem. Nessas ocasiões a deixo bem triste. Para ela, é melhor levar um tapa do que ficar sem falar comigo. No geral, converso muito, dou sermão, e esclareço o motivo de não ser algo bom. ”</i>	
M3	<i>“Digo você está de castigo e desligo a TV.”</i>	Chamar atenção (67%)
P3	<i>“Chamo atenção, Brigo. ”</i>	
P4	<i>“Chamo atenção de forma enérgica (falo em tom sério para que ele perceba que tem de fazer o que foi pedido).”</i>	
M5	<i>“Faço com que compreenda através de diálogos o quão o seu comportamento foi inadequado inclusive exijo pedidos de desculpas e sinalizo o melhor jeito de se comportar ou o melhor jeito de agir diante da situação. ”</i>	

Legenda: P (Pais) e M (Mães)

Retomando à categoria “Chamar atenção” foi o excerto que sobressaiu e proferido por quatro participantes ao serem investigados sobre suas próprias atitudes diante aos comportamentos inadequados dos filhos. Devido a frequente repetição, serão escritos alguns excertos selecionados da categoria em questão:

“[...] Muitas vezes que reajo agressivamente com C2 (com gritos ou expressão de desaprovação) é porque não estou bem. Nessas ocasiões a deixo bem triste. Para ela, é melhor levar um tapa do que ficar sem falar comigo. No geral, converso muito, dou sermão, e

esclareço o motivo de não ser algo bom”. Para Modesto-Lowe, Chaplin, Godsay e Soovajian (2014) o tratamento da criança com TDAH pode sofrer interferências quando há existência de psicopatologia nos pais, contribuindo para uma monitoria negativa e dificuldades na administração de medidas destinadas a auxiliar a criança em seu tratamento e desenvolvimento adequado.

“[...] *Chamo atenção de C4, de forma enérgica (falo em tom sério para que ele perceba que tem de fazer o que foi pedido)*”. Com base no exposto em relação atitude dos pais sobre a evolução dos problemas de comportamento de crianças com TDAH, o estudo González et al., (2014) aponta que esses pais, muitas vezes, apresentam estilo educacional menos democrático e mais rígido, com predisposição para impor aos filhos o cumprimento das normas, mantendo um alto nível de exigência e demanda inadequada. Gomide (2014) exemplifica e colabora ao apontar que quando os pais exageram no estabelecimento das regras, os filhos deixam de prestar atenção e a chance de que essas regras sejam desrespeitadas aumentam, tornando a prática educativa frustrante para ambos.

No encontro foram sinalizados a existência de diversos fatores que influenciam e mantém o comportamento adequado e/ou inadequado de uma criança.

5.1.3. *Terceiro Encontro: Relacionamento afetivo e envolvimento.*

O terceiro encontro teve como objetivo sensibilizar os pais para a empatia com seus filhos, promover a discussão sobre a importância da demonstração de afeto, participação e envolvimento efetivo na vida das crianças.

Foram propostos dois desafios de casa, o primeiro, vide anexo 11, para averiguar o envolvimento dos pais quanto a maneira de demonstrar afeto, participar e se envolver efetivamente na vida das crianças. O segundo, vide anexo 12, para a atividade de reflexão foi feito um levantamento e discussão das atitudes dos pais perante uma regra combinada que não foi cumprida, quais ações os pais adotaram e as consequências dessas ações no comportamento de seus filhos.

Desafio de casa: Abaixo são expostos os relatos dos pais referentes as demonstrações de afeto:

M1 *“Beijo e abraço, faço comida que C3 gosta (quando dá tempo), elogio, dou parabéns, incentivo e mostro como aquela atitude foi e será positiva para ele”*.

M2 *“Abraço, beijo, auxílio em seus afazeres, cantar junto suas músicas favoritas, estar com ela o tempo todo, levá-la comigo aonde puder dar bronca mais branda e ouvi-la”.*

M3 *“Converso, digo que ele tem que prestar mais atenção ao seu redor. Digo que existe um arquivo mental no cérebro, mas que ele tem que olhar para fora [...] que não pode ficar pensando só nas brincadeiras”.*

P3 *“Cobrança com os estudos e converso sobre o seu comportamento”.*

P4 *“[...] quando está brincando com a irmã ou realizando alguma outra tarefa de lazer, pergunto se posso participar também. Faço cosquinhas e abraço”.*

M5 *“Todos os dias eu acompanho meu filho em suas rotinas. Tento ao máximo dar atenção com falas, incentivos e carinho físico sempre. Tomo cuidado para não falar palavras que possam ofendê-lo e atingir sua autoestima”.*

Com os relatos acima, é possível observar que os pais se esforçam para se envolver efetivamente na vida dos filhos, alguns conseguem emitir demonstrações de afeto, outros ainda encontram certas dificuldades. Nota-se na fala da maioria dos pais, a compreensão do que é reforço e alguns dos tipos de reforçadores existentes para apoiar os comportamentos adequados dos filhos, por ex.: *“beijo e abraço, faço comida que ele gosta”* e *“tento ao máximo dar atenção com falas, incentivos e carinho físico [...]”*. Entretanto, outros pais encontram dificuldades, ainda confundem reforço com cobrança, como aparece em alguns dos relatos, como por ex.: *“cobrança com os estudos”* e *“converso, digo que ele tem que prestar mais atenção ao seu redor”*. Os pais ao atuarem como agentes socializadores, utilizam-se de diversas estratégias e técnicas para direcionar o comportamento dos filhos, sejam os adequados e os inadequados. E neste papel enquanto educadores, podem exercer tanto uma monitoria positiva, quanto negativa (Gomide, 2006).

Quando confrontados para pensar suas atitudes e consequências nos comportamentos dos filhos, os pais mostraram dificuldades para estabelecer limites e impor regras, muitos usam práticas negativas, como por exemplo, gritar ou ameaçar os filhos. Algumas vezes entram em contradições nos discursos, principalmente, em assuntos que demonstram maiores dificuldades, tais como: proporcionar autonomia aos filhos, uso de gritos, ameaças e broncas exageradas.

Abaixo são expostos os relatos dos pais referentes as suas próprias ações e consequências no comportamento dos filhos

M1 *“Gritei, dei bronca, ele na maioria das vezes fica bravo também, se sente injustiçado, mas às vezes nem dá atenção”.*

M2 “Dou bronca se possível no ato, quando tiro algum benefício como punição, mantenho o prometido [...] C2 chora”.

M3 “Se ele não muda, fica difícil eu ajudar. Eu converso, digo que o maior prejudicado é ele, que a mãe não vai viver para sempre, que ele tem que aprender para ser um homem de bem. Se ele continua, digo que vou tirar os desenhos, brinquedos e que não vou mais fazer nada, ele vai organizar as coisas sozinho [...]”.

P3 “Bronca mais do que o necessário, não dar importância ao que ele tem para falar. Quando isso acontece, ele deixa de contar sobre o seu dia e de suas dificuldades”.

P4 “[...] por duas vezes na semana, tive que mandar ir dormir e desliguei a TV, pois já havia passado da hora”.

M5 “[...] deixou de fazer uma lição que valia nota, para ficar jogando. Lembrou de fazer domingo às 20 horas, ou seja, não fez. Como consequência, ficou de castigo dois dias sem nenhum aparelho tecnológico, mas reconheceu seu erro”.

De modo geral, os pais ainda encontram dificuldades para manejar adequadamente os conflitos e comportamentos inadequados dos filhos, por exemplo: “[...] gritei, dei bronca, ele [...] se sente injustiçado, mas às vezes nem dá atenção” e “[...] bronca mais do que o necessário [...] ele deixa de contar sobre o seu dia e de suas dificuldades”. Para Gomide (2014) os pais que estabelecem regras rígidas ou difíceis de serem cumpridas, os filhos deixam de prestar atenção e a chance de que essas regras sejam desrespeitadas aumentam, tornando a prática educativa frustrante para ambos.

Nos recortes em questão “[...] se ele continua, digo que vou tirar os desenhos, brinquedos e que não vou mais fazer nada, ele vai organizar as coisas sozinho” e “[...] lembrou de fazer (lição que valia nota) domingo às 20 horas, ou seja, não fez. Como consequência, ficou de castigo dois dias sem nenhum aparelho tecnológico, mas reconheceu seu erro”, os relatos vêm de encontro com os achados de Benczik e Casella (2015) alguns pais de crianças com TDAH podem simplesmente desistir e concordar ou fazer as tarefas eles mesmos ou, simplesmente, deixar a tarefa por fazer. Outros pais tendem a reagir com mais direcionamento, controle, sugestão, encorajamento e, no final, sentir raiva e frustração, visto que, quando essa abordagem diretiva falha, os pais podem evoluir para o uso habitual da disciplina física ou outras formas de punição para controlar o comportamento dos filhos.

5.1.4. Quarto encontro: Conhecimento sobre práticas educativas parentais.

O quarto encontro teve como objetivo introduzir e identificar nas relações familiares as Práticas Educativas Parentais, para ajudar na condução desse propósito, foram sugeridas

atividades que mobilizassem autoconhecimento e reflexão de suas condutas. Para isso, uma das atividades proposta se referiu “Voltando no Tempo” de Weber et al. (2014), que teve como finalidade refletir sobre a história familiar de cada participante, a maneira como foram educados, os sentimentos dos pais enquanto filhos que foram no passado e como esse modelo se repete e influência na educação que eles produzem aos seus filhos. Para essa atividade foram distribuídos os materiais, vide anexo 18 - voltando no tempo para escrever e vide anexo 19 - voltando no tempo para pintar.

Durante a dinâmica os pais foram participativos e reportaram um pouco de suas histórias “[...] *quando eu não entrava na hora certa em casa, a reação do meu pai era surra, eu ficava bravo e irritado*”. Os pais que punem seus filhos fisicamente, tendem a insultá-los e a ameaçá-los verbalmente também, essa monitoria pode promover o desenvolvimento de comportamento agressivo, problemas de adaptação, problemas emocionais e baixa autoestima (Cassoni, 2013; Gomide, 2006). M5 expões que antigamente era no bater e na agressão física e emocional, mas que, atualmente, a família tem mais informações “[...] *não podemos julgar quem tem essa atitude, naquela época é o que se podia fazer, não tinha tantas informações como hoje. As crianças fazem as coisas para chamar a atenção e, muitas vezes, ninguém valoriza ou percebe*”. M1 acrescenta, dizendo que cometeu vários erros tentando acertar com o primeiro filho, que atualmente busca não errar com as mesmas atitudes.

Os pais mostraram-se comovidos e tocados com a tarefa “Voltando no Tempo”, ao voltar para a própria infância, apontaram, por vezes, terem passado momentos conflituosos e difíceis neste período da vida. Essa atividade causou fortes emoções no grupo, que vieram de encontro ao estudo de Weber et al. (2014), em que apresenta essa experiência como normalmente muito profunda e capaz de suscitar fortes emoções nos participantes, como emocionar-se e chorar. Neste momento, foi possível perceber que os integrantes do grupo se uniram e se identificaram com as histórias um dos outros, criou-se uma esfera de acolhimento e respeito às suas expressões e emoções. Os pais expuseram que suas ações estão muito enraizadas e de acordo com o que experimentaram no passado. De acordo com Zimerman (2007) um grupo coeso e bem constituído, por si só, tomado no sentido de uma abstração, exerce uma função muito importante, sendo ela, a de ser um continente das angústias e necessidades de cada integrante e de todos.

Portanto, é possível criar uma esfera de acolhimento, respeitando a expressão de emoções de cada integrante do grupo. Deste modo, é fundamental compreender que as nossas ações muitas vezes estão enraizadas de acordo com um determinado contexto cultural, no qual

certas práticas são aceitas e recomendadas socialmente, já outras, é preciso adaptar-se à nova realidade.

5.1.5. *Quinto encontro: Regras e Limites*

O objetivo do quinto encontro foi abordar o tema sobre regras, limites e monitoria positiva. Ensinar regras significa disciplinar, e para isso, foi proposto uma atividade lúdica “brincar com o filho”, uma das atividades sugerida, se refere a escolha de um brinquedo da lista de jogos criada pelo próprio grupo, dos brinquedos já existentes em suas casas. Na literatura existem brinquedos que estimulam novas habilidades e que contribuem para o desenvolvimento das funções executivas como: velocidade de processamento, processamento visual, flexibilidade cognitiva, organização e planejamento. Posto as indicações dos pais, foi possível levantar por meio dos trabalhos de Machado, Bello e Borges (2017), Rocha, (2017) e Cantiere, et al. (2012) quais habilidades que cada brinquedo auxiliam no desenvolvimento da criança, e que pudessem ajudá-los na interação entre pais e filhos para trabalhar o conceito de regras e limites, como pode ser visto na Tabela 66. Como instrução, os pais escolheram um brinquedo com o apoio dos filhos, acordo esse, feito durante a intervenção, diante da escolha, deveriam explicar as regras e os limites dos jogos (com base nas instruções de cada brinquedo) e observar minuciosamente os comportamentos, sentimentos e as emoções envolvidas durante o processo.

Tabela 66

Lista dos jogos e das habilidades desenvolvidas por treino cognitivo, segundo a literatura.

JOGOS	TREINO DE HABILIDADES COGNITIVAS
UNO	➤ Raciocínio
PICTUREKA	➤ Atenção e Memória Operacional
LINCE	➤ Linguagem Oral (Expressiva e Receptiva), (Nomeação Automática Rápida), Atenção, Discriminação Visual de Figuras, Percepção Auditiva, Memória Verbal, Memória Auditiva e Controle Inibitório
LINCE CART GAMES	➤ Linguagem Oral (Expressiva e Receptiva), Nomeação Automática Rápida, Atenção (Discriminação Visual, Closures Visual, Figura Fundo), Controle Inibitório
XADREZ	➤ Flexibilidade Cognitiva
LOTO	➤ Flexibilidade Cognitiva
CONSOANTES REMATA	➤ Memória Operacional
PEGA VARETAS	➤ Coordenação Motora Fina, Sequencialização, Solução de Problemas, Programação Motora, Atenção, Raciocínio
TANGRAM	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Flexibilidade Cognitiva, Viso Construção Espacial

JOGO DOS SETE ERROS	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional, Viso Construção Espacial, Atenção, Coordenação Motora Fina, Planejamento e Organização Espacial, Raciocínio Lógico, Coordenação Visomotora e Memória
LABIRINTO	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Viso Construção Espacial
CONSTRUÇÃO DE BLOCOS	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional
QUEBRACABEÇAS	➤ Planejamento, Atenção Concentrada, Atenção Difusa, Memória Operacional, Viso Construção Espacial
DOMINÓ	➤ Raciocínio, Memória, Atenção E Planejamento, Atenção Difusa, Atenção Concentrada e Memória Operacional
ACHANDO OS OPOSTOS	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva.
SUDOKU COM IMAGENS	➤ Raciocínio
DESENHOS ANIMADOS	➤ Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva
CONTAR E RECONTAR HISTÓRIAS	➤ Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva, Memória e Planejamento
ORGANIZAR FIGURAS	➤ Atenção Concentrada, Memória Operacional, Viso Construção Espacial, Flexibilidade Cognitiva
CAÇA PALAVRAS	➤ Atenção, Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional
JOGO DE DAMAS	➤ Flexibilidade Cognitiva
LIGAR PONTOS	➤ Atenção Concentrada, Atenção Difusa, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva
JOGOS DE MEMÓRIA	➤ Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional; Memória Operacional
PALAVRA CRUZADA	➤ Consciência Fonológica
JOGO DA FORÇA	➤ Consciência Fonológica
ADIVINHA O QUE É?	➤ Consciência Fonológica
DITADO	➤ Consciência Fonológica
CARA A CARA	➤ Controle Inibitório
LIGUE 4	➤ Planejamento
JENGA	➤ Planejamento, Raciocínio
BOPIT	➤ Memória

Cada jogo deve apresentar um inventário de representações, codificações, planejamento e estratégias que o “jogador” precisa aprender a proferir para ter êxito no procedimento e atingir o seu alvo (Macedo et al. 2017). As brincadeiras proporcionam momentos de interação e aprendizado entre pais e filhos. As crianças são estimuladas a terem curiosidades, autoconfiança e autonomia para as tomadas de decisões. Visto que, durante os jogos, as crianças são expostas a pensar, refletir, analisar, experimentar e criar caminhos de possibilidades. É possível observar os sentimentos e as emoções envolvidas (Borges, 2008). Partindo desse pressuposto foi sugerido a seguinte discussão: O que foi observado no momento das brincadeiras?

M1 *“Nem sempre a gente ganha no jogo, é preciso orientá-los, pois não podemos deixá-los ganhar por pena”*

P4 *“Escolhemos o quebra-cabeça, o meu filho iniciou e depois saiu, porém quando viu que a montagem estava no final, se uniu a nós. Percebo a dificuldade dele em permanecer concentrado na atividade por mais tempo e em aceitar derrota quando a irmã ganha”.*

M5 *“As crianças encontram dificuldades em se concentrar e aceitar as regras, é preciso desenvolver técnicas que auxiliam o seu desenvolvimento por meio da leitura e outras atividades, [...] é chato ganhar ou perder sempre”.*

Percebe-se que o grupo compreendeu que para cada brincadeira existem as regras e limites, porém nem sempre são colocadas de maneira clara e objetiva aos filhos. P4 expõe espontaneamente suas dúvidas na condução da melhor maneira para amenizar os conflitos, ainda reporta a frustração do filho “[...] *ele sente raiva*” ao perder nas brincadeiras. Diz conversar com os filhos sobre a importância de não desistir, de continuar no jogo, mas tem dúvidas sobre até que ponto é certo insistir ou deixá-lo ganhar.

A cultura fornece regras, assim como a religião, a escola e a família, a sociedade está baseada em regras, oferece os limites de comportamento, se uma criança não é educada com regras demarcadas, terá dificuldade de conviver com seus pares. As regras são aprendidas, com os pais, professores, colegas, entre outros porque alguém disse, ora porque aprendeu por observar alguma situação em que a regra estava presente, ou ainda, porque as próprias pessoas as formulam de acordo com as relações que mantêm, como numa situação de brincadeiras com jogos entre pais e filhos (Weber et al., 2014).

Os pais foram orientados a prestar atenção que durante as brincadeiras a perda muitas vezes pode ocasionar sentimento de frustração, insegurança, rebeldia e angústia. Neste momento, o coordenador orienta o grupo iniciar cada atividade com o estabelecimento de regras claras, apontar para os filhos, os critérios existentes em cada brincadeira. De acordo com Borges (2008) a necessidade de as crianças saberem as instruções dos jogos, como, perda e ganho, o número de jogadores e a sequência de cada jogador, possibilita um convívio mais agradável, social e democrático.

Com esse exercício, os pais puderam refletir a importância da clareza, coerência, consistência e monitoria positiva no momento de estabelecer as regras e limites “[...] *é preciso deixar claro as regras e os reforços a logo prazo [...]*”. Essa fala vem ao encontro com o estudo de Weber et al. (2014) o qual, aponta a necessidade de informar as crianças sobre as regras existentes e as consequências caso não sejam cumpridas.

5.1.6. Sexto Encontro: Autoconhecimento e práticas educativas positivas e negativas.

O foco deste encontro foi o autoconhecimento, práticas educativas positivas e negativas, sensibilizar e propiciar o autoconhecimento e a mudança de comportamento a partir das informações sobre as monitorias. A intervenção começou com uma atividade “Quem vai para a Lua” proposto no trabalho de Weber et al. (2014) e teve como objetivo fazer os pais vivenciarem sentimentos de insegurança e de medo da punição por não conhecerem a regra vigente. Para que eles pudessem perceber e sentir como é difícil ou ruim estar em uma situação em que as regras não estão claras e precisas.

Procedimento da atividade: O coordenador convida todos a fazerem uma viagem para a lua. Ele será o comandante e terá o poder de permitir ou não a ida de objetos ou pessoas. A permissão para viajar, dada pelo coordenador, depende de ele aprovar ou não o que a pessoa deseja levar consigo na viagem. O coordenador avisa a todos, no início da atividade, que inventou uma regra que define o que pode ser levado ou não (por exemplo: só pode viajar quem falar palavras que comecem com a letra A, como água, anel, animal, etc; ou aqueles que falarem apenas roupas de inverno, como casaco, luvas etc; ou só alimentos etc). Só quem conhece a regra é o coordenador, e os participantes devem falar as palavras de maneira aleatórias sem conhecer a regra [...]. No decorrer da brincadeira, aleatoriamente, o coordenador começa a punir apenas alguns participantes [...]. Aqueles que descobrirem qual é a regra ganham um bombom. A partir disso, o coordenador propõe uma discussão sobre o que cada um sentiu na brincadeira (como foi ter que dizer algo sobre o que não sabiam, como foi para aqueles que foram punidos e para os que não foram, para quem descobriu a regra e para quem não descobriu). Os participantes devem relatar seus sentimentos (se ficaram inseguros ou com medo da punição, se sentiram-se injustiçados ou confusos). Além disso, o coordenador pode ressaltar o número de palpites errados por não conhecerem a regra. O coordenador deve incentivar os participantes descobrirem qual o objetivo da atividade realizada, que relação eles fazem com a vida de seus filhos (Weber et al., 2014, p. 28).

Neste encontro, montou-se um *setting* com datashow, vídeo com cena de uma aeronave com som da nave em movimento no céu estrelado, na sala a frente da mesa dos participantes, tinha uma mala com rodinhas extremamente grande e três caixas de chocolates sobre a mesa. Segundo Zimmerman (1997) um *setting* é um importante elemento técnico por representar algumas funções, como por exemplo:

- A criação de um novo ambiente para reexperimentar e ressignificar fortes e antigas experiências emocionais; uma forma de estabelecer uma necessária delimitação de papéis e de posições, de direitos e deveres, entre o que se deseja e o que é possível ser realizado;

- O grau de ansiedade no grupo o suficiente para que não haja uma angústia excessiva, porém quando apresenta falta total de ansiedade deve ser discriminada do que pode estar sendo um conformismo com a tarefa, ou seja, uma apatia;
- Ainda um outro elemento inerente ao enquadre é o que podemos denominar “atmosfera grupal”, “a qual depende basicamente da atitude afetiva interna do coordenador, do seu estilo pessoal de trabalhar e do emprego de táticas dentro de um determinado referencial técnico” (Zimmerman, 1997, p. 35).

Partindo dos conceitos apresentados acima, iniciou-se a intervenção, os pais foram solicitados a encher uma mala de tudo que levariam para a viagem a Lua. Cada pai expressava uma palavra de cada vez, que representasse o que gostariam de levar. As regras (o que levar, o tempo de viagem etc.) não estavam bem estabelecidas, conforme o procedimento da atividade, sendo assim propositalmente, mas existiam algumas normas a serem cumpridas, porém só o coordenador teve acesso. Conforme os procedimentos acima, a regra não foi explícita, mas os pais ao verbalizarem as suas preferências do que levar na mala, eram premiados com bombons de diferentes tipos (pequenas modificações foram feitas), e ao errar eram punidos, não recebiam os bombons e orientações, por vezes escutavam um “não”. Na Tabela 67, foi possível verificar os objetos verbalizados pelos pais e as palavras premiadas por acertar as regras, sendo elas, objetos com as iniciais; “A”, “C” e “R” e as palavras especiais “Água”, “Família” e “Inteligência”. No acordo os pais com maior número de acertos ganhavam uma passagem para a Lua com a mala e os pertences escolhidos para a viagem, dois pais foram premiados, sendo eles M1 e P3.

Tabela 67

Respostas dos pais referente ao exercício “Quem vai para a Lua” de Weber et al. (2014).

M1	M3	P3	P4	M5
Água**	Rádio*	Alimento*	Paciência	Casa*
Família**	Árvore*	Cientistas*	Jogos	Conhecimento*
Roupas*	Fogão	C3 (filho)	Livros	Mantimentos
Sementes*	Terra	Remédios*	Fogo	Criatividade*
Ferramentas	Feijão	Filmadora	Entusiasmo	Tecnologia
Fé	Lago	Computador*	Bola	Pessoas
Ar*	Chuva*	Vacinas	Família**	Aparelho*
“Eu não sei mais”	Sol	Gás	Cama*	Natureza
Inteligência**	Pássaros	Rádio*	Telefone	
Pássaro	Lua	Antigripal*	Chuveiro*	

Legenda: P (pais), M (mães), * palavras premiadas, **premiações especiais

Os sentimentos elucidados pelos participantes constituíram-se em fracasso, tristeza, frustração, insegurança, falta de orientação, planejamento, angústia, necessidade de criatividade e jogo de cintura. Nota-se que essa atividade provocou fortes emoções nos pais,

como o medo do desconhecido, medo de errar pela falta de clareza, fracassar, desconforto por não acertar as palavras premidas, frustração, constrangimento por não saber o que levar e insegurança pelo novo. Esses anseios puderam ser percebidos quando o participante no qual liderava o jogo, pediu para encerrar a brincadeira, por não estar se sentindo confortável.

Foi proposto uma reflexão: O que tornava difícil a atividade? Observou-se na fala dos pais, que o desconforto vinha da falta de informações, da liberdade de escolha e frustração por não saber o que levar. De acordo com os integrantes do grupo, durante a viagem poderia acontecer muitas coisas, portanto deveria pensar na sobrevivência e no tempo de duração para escolher o que colocar dentro da mala “[...] *não saber o que levar, me deixou constrangida e insegura*”; “[...] *me faltou planejamento para fazer as escolhas corretas*”; “[...] *Eu fiquei impactado, preocupado e frustrado*”; “[...] *é difícil escolher as ferramentas certas para a educação dos filhos, algumas metas são escolhidas de maneira errada, assim como foi feito na atividade proposta, não tinha clareza quanto as regras e premiações*”.

Para analisar os sentimentos verbalizados pelos pais, vale se apropriar do estudo de Weber et al. (2014), em que aponta que tais sentimentos fazem parte do processo, ou seja, para que os pais consigam compreender como seus filhos se sentem quando as regras de casa não estão bem estabelecidas e não são precisas. Quando a criança não sabe exatamente “o que deve fazer”, “quando fazer”, “como e por que fazer”, ela pode presenciar sentimento de insegurança, confusão e medo de errar ou de receber uma punição de seus pais. Além disso, se a criança não sabe o que deve ser feito, ela não tem condições de fazer adequadamente o que se pede ou o que se espera dela.

Os enunciados apresentados pelo grupo sugerem a importância de uma monitoria positiva, com instruções claras, precisas e sem exageros, visto que a falta de orientação do que se deve ser feito, pode gerar receio na criança para realizar o que é esperado por ela.

5.1.7 Sétimo Encontro: Práticas educativas negativas versus consequências

O tema proposto foi pensado com intuito de conscientizar os pais sobre as práticas parentais negativas. Propiciar a identificação de dificuldades cotidianas e desenvolver formas adequadas e efetivas para lidar.

Dos trabalhos que se dedicam as práticas educativas parentais encontrou-se o estudo de Gomide (2006) que apresenta o IEP com intuito de analisar os estilos parentais, classificando-os em comportamentos pró sociais (comportamento moral e monitoria positiva) e comportamentos antissociais (negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada,

monitoria negativa e abuso físico). Com foco em programa de qualidade na interação familiar, os autores Weber et al. (2014) observaram as dificuldades dos pais em lidar com o comportamento dos filhos, muitos agem em função dos modelos recebidos em suas famílias de origem, geralmente, de seus próprios pais, mas nem sempre é suficiente para o aprendizado da melhor maneira de educar e estabelecer uma relação saudável. No modelo de estudo realizado por Weber (2007) existe uma prática educativa positiva que caracteriza o estilo participativo, além disso, apresenta três práticas educativas negativas que caracterizam como sendo, o estilo autoritário, permissivo e negligente.

Partindo da definição e compreensão das práticas educativas, foi proposto aos pais um exercício de fixação e compreensão do conteúdo sobre monitoria negativa. Utilizou-se um baralho das práticas educativas parentais criado para essa finalidade, com foco nos conceitos de Gomide (2006) e os apontados por Weber (2007). O Baralho dos Estilos Parentais (BEP) foi elaborado para complementar o conhecimento dos pais sobre as suas próprias atitudes na condução da educação de seus filhos e teve como objetivo o treino para resolução de problemas e psicoeducação do conteúdo do tema proposto, para que os pais pudessem entrar em contato com situações nas quais se identificasse com as condutas praticadas por eles.

Procedimento da atividade: O coordenador convida todos os participantes a escolherem uma carta das 70 cartas existentes criadas pelo pesquisador para essa atividade, com foco nas práticas educativas parentais, de situações nas quais se identificassem, constituindo numa ação emitidas por cada integrante do grupo. Após suas escolhas, no meio a tantas outras opções de cartas, os pais compartilharam com os outros integrantes do grupo, suas experiências. Com esse material, os participantes também identificaram suas ações e comportamentos que gostariam de mudar. A Tabela 68 apresentam respostas do comportamento dos pais sobre as práticas educativas negativas.

Tabela 68

Respostas dos pais sobre as práticas educativas negativas

Pais	Relação pais e filhos	Caracterização dos estilos parentais negativos
M1	 <p>15. P. Quando meu filho (a) faz birra ou insiste muito em al ele (a) anseia, eu permito, mesmo não concordando.</p> <p>Fonte Imagem: https://br.freepik.com/vetores-premium/triste-menina-chorando-garoto-com-a-mae_6689482.htm</p>	<p>“Quando meu filho faz birra, eu permito mesmo não concordando. Estou melhorando nesse aspecto, principalmente depois do “filho” comentar que quando ele insiste em relação a alguma coisa eu deixava. Eu quero mudar totalmente esse comportamento e tentar negociar mais com ele.”</p>
M2	 <p>92. P. Eu sou pouco exigente, dou muito afeto e deixo meu filho (a) livre e sem limite.</p> <p>Fonte Imagem: http://www.organizaracasa.com/compras-de-supermercado-com-criancas/</p>	<p>“Eu sou pouco exigente, sinto dificuldade estabelecer regras. Quando minha filha era pequena, teve graves problemas de saúde, lembrar deste fato causa pena impor os limites e as regras. Eu tento estabelecer os limites, eu sei que mesmo que ela se sinta mal, isso será benéfico no futuramente. Eu sinto que consegui melhorar em relação a questões pontuais de rotina para ajudá-la.”</p>
M3	 <p>74. DR. Quando meu filho (a) insiste muito em relação a algo, eu concordo para que ele não fique irritado (a) ou magoado (a).</p> <p>Fonte Imagem: https://br.freepik.com/vetores-premium/familia-jovem-cansada-com-muitos-filhos_7661014.htm</p>	<p>“Quando meu filho insiste muito em algo, eu concordo, mas, não é para ele se magoar ou irritar, e sim porque concordo mesmo. Estou tentando mudar esse comportamento, quero estabelecer os limites e regras, “não é não”, se eu não estabelecer regras, estou prejudicando o meu filho.”</p>
P3	 <p>42. PI. Quando estou de mau humor, sou mais rígido (a) com meu filho (a), mesmo quando ele (a) age adequadamente.</p> <p>Fonte Imagem: https://br.123rf.com/photo_61633247_m%C3%A3e-repreende-a-crian%C3%A7a-clipe.html</p>	<p>“Quando não estou me sentindo muito bem ou estou de mau humor, eu sou mais rígido com meu filho, busco melhorar, mas, é complicado ainda essa questão, estou tentando.”</p>
P4	 <p>9. MN. Geralmente fico nervoso (a) quando meu filho (a) não obedece.</p> <p>Fonte Imagem: https://br.freepik.com/vetores-gratis/pai-chateado-com-criancas-com-balao-de-fala_4294766.htm</p>	<p>“Geralmente fico nervoso quando meu filho não me obedece; quero mudar essa atitude, pois fico mais bravo do que considero necessário.”</p>
M5	 <p>98. P. Às vezes eu fico confuso (a) e não sei agir quanto ao comportamento do meu filho (a), deixo ele (a) livre para fazer tudo.</p> <p>Fonte Imagem: https://br.freepik.com/vetores-premium/bebe-e-bagunca_1981324.htm</p>	<p>“Foi difícil escolher uma carta, mas, às vezes me sinto confusa, e não sei como agir quanto ao comportamento dele. Estou tentando melhorar”</p>

Foi possível perceber nas falas dos participantes, conflitos sobre as práticas educativas negativas e certas dificuldades em aceitar essas atitudes, demonstraram interesses em modificar tais comportamentos. Além disso, o grupo demonstrou necessidades de reconhecimento e organização para enfrentar seus problemas, isso pode ser ressaltado nos relatos dos participantes do grupo, em que expõe o interesse em se organizar melhor: como *“Ter mais tempo para acompanhar meus filhos em suas atividades, com paciência”*, *“Mas creio que, com melhor organização do tempo, no dia a dia, é possível melhorar a qualidade com esse pouco tempo que tenho, pode ser aproveitado”*, outro participante parece que compreendeu que enquanto cuidador de uma criança com TDAH, ele representa um modelo a ser seguido como visto *“Gostaria de ser mais organizada e não apenas em momentos pontuais. Isso melhoraria a vida por completo, na casa, na alimentação, nos passeios etc. Eu poderia me esforçar, tentar conter a ansiedade, realizar um pouco mais que o básico [...]”*. Já outro, acredita que precisa melhorar sua fiscalização sobre as tarefas diárias do filho, ressaltou que precisa orientá-lo de maneira mais clara e objetiva *“Geralmente fico nervoso quando meu filho não obedece”*.

A busca por equilíbrio e a melhor maneira de exercer seu papel enquanto pai/cuidador apareceu em outro discurso de um participante ao dizer que pretende mudar *“Fico mais bravo do que considero necessário. Essa semana, tentei não brigar, mas ressaltei para o (filho) como as consequências são ruins quando não passar desodorante direito, vai ficar com mau cheiro e as pessoas vão se afastar, se ele não fizer as tarefas, elas acumulam para depois. Mas, não acho que ele ainda tenha entendido”*.

Como visto, os pais de crianças com TDAH enfrentam uma rotina familiar estressante, que pode resultar em frustração devido a frequente ameaça e diretiva que repetidas vezes acontecem sem êxitos, essas dificuldades são apontadas na revisão de Benczik e Casella (2015). Diante a essa rotina estressante, o pai pode alternar o comportamento dependendo de seu humor ou irritabilidade do momento, entre a negligência e a reações muito severas quando o filho começa a mostrar os mínimos sinais de problemas de comportamento. Outro ponto relevante a destacar, se refere ao pai que simplesmente faz o mínimo ou nenhum esforço para reportar ou reforçar ordens estabelecidas à criança, deixando-a livre para fazer o que lhe agrada, com pouca ou nenhuma supervisão. Por outro lado, outro pai tende a reagir com mais direcionamento, controle, sugestão, encorajamento e, no fim, sentir raiva e frustração. Visto que, quando essa abordagem diretiva falha, em motivar a criança a atentar e obedecer aos seus comandos, o comportamento do pai pode evoluir para o uso habitual da disciplina física ou

outras formas de punição para controlar o comportamento do filho (Benczik & Casella, 2015; Barkley, 2002, 2000).

5.1.8. Oitavo Encontro: Práticas educativas positivas versus consequências.

O tema proposto teve como intuito auto-observação enquanto pessoa, dando ênfase para suas qualidades, perceber-se como modelo de comportamento para o filho. Foi aplicado o Baralho dos Estilos Parentais para o exercício, com foco no reconhecimento e fortalecimento das práticas educativas positivas.

Procedimento da atividade: O coordenador convida todos os participantes a escolherem uma carta das 30 existentes, com foco na monitoria positiva, comportamento moral e estilo participativo, para representar situações que mais se aproxima do seu próprio comportamento e que pretende mantê-lo. Após suas escolhas no meio a tantas outras opções de cartas com diferentes situações representando as práticas educativas positivas, os pais compartilharam com os outros integrantes do grupo, as suas experiências. A Tabela 69 apresentam respostas do comportamento dos pais sobre as suas práticas educativas.

Tabela 69

Respostas dos pais sobre as práticas educativas positivas.

País	Comportamento	Caracterização da estilos parentais positivos
M1	 <p>95. PD. Eu sou muito exigente com meu filho (a) e muito afetuoso (a), dou muito limite e muito afeto.</p>	<p><i>“Sou exigente e afetuosa, e quero manter isso. Eu sou participativa, explico as regras e as cobra, mas também mantenho a autoridade. O meu filho mais velho cobra do irmão mais novo as regras que estabeleci, como por exemplo, não ter determinados vídeos na internet.”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://www.garcaonline.com.br/2019/06/seis-dicas-para-levar-filhos-ao-mercado-sem-estresse</p>		
M2	 <p>73. CM. Explico quais os comportamentos adequados que meu filho (a) deve ter em certos lugares e/ou situações</p>	<p><i>“A tarefa foi fácil, me identifiquei com o comportamento moral e vou mantê-lo. Eu explico a minha filha como deve se comportar em lugares diferentes, como, escola, casa, etc, e como ter comportamentos adequados.”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://pt.pngtree.com/freepng/teacher-teaching-children-to-write-free-pictures_4695920.html</p>		
M3	 <p>72. CM. Acredito que o modo como eu me comporto influencia no comportamento do meu filho (a).</p>	<p><i>“Eu ensino o meu filho a ter comportamento que julgo como correto. Eu me identifico e quero manter com essa monitoria.”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://www.pngwing.com/pt/free-png-bspkg</p>		

P3	 <p>1. MP. Demonstro afeto com cuidado, amor e carinho para meu filho (a).</p>	<p><i>“Demonstro afeto, amor e carinho para com meu filho; abraço e beijo muito. Eu me identifico e quero manter com a monitoria positiva.”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://www.clipartmax.com/max/m2H7i8b1b1Z5K9i8/</p>		
P4	 <p>100. PD. Frequentemente eu negocio as regras, considero os desejos dos meus filhos, mas mantenho a autoridade. Os filhos estão próximos para compartilhar as coisas, mas existem os limites. ”</p>	<p><i>“Eu negocio as regras, considerando os desejos dos meus filhos, mas mantenho a autoridade. Os filhos estão próximos para compartilhar as coisas, mas existem os limites. ”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://br.freepik.com/vetores-gratis/criancas-ajudando-a-limpeza-dos-desenhos-animados-poster_5921729.htm</p>		
M5	 <p>47. MP. Frequentemente estou junto com meu filho (a) e me divirto com ele (a) pergunto como foi o seu dia e das atividades realizadas.</p>	<p><i>“Eu sempre que posso estou com meu filho e me divirto brincando ou fazendo tarefas.”</i></p>
<p>Fonte Imagem: https://bebe.abril.com.br/desenvolvimento-infantil/como-ensinar-as-criancas-a-serem-organizadas/</p>		

Quanto as práticas educativas positivas, observa-se que os participantes se mostraram mais receptivos, nos quais conversaram e compartilharam experiências entre si, buscaram auxiliar um ao outro no momento de dúvidas sobre determinados assuntos. As reflexões do grupo fizeram com que os participantes percebessem que em algumas situações eles conseguem atitudes mais efetivas para lidarem com o comportamento dos filhos, conforme observado nos relatos dos pais “[...] *o meu filho sempre duvidou que a mãe fizesse o que falava, mas agora como ela está cumprindo com a palavra, ele ainda acha estranho*”. Segundo os relatos dos pais, o autoconhecimento leva à mudança, colocar em prática o que aprenderam os auxiliam e os ajudam no trato com as crianças que as pequenas mudanças trazem grandes resultados e que os encontros auxiliaram a identificar os estilos de práticas que exercem e o que devem modificar, e que a clareza dos acertos e dos erros os ajudou a melhorar e a manter o que é positivo.

De acordo com Gomide, (2006), uma monitoria positiva é constituída pelo amor, atenção e o apoio dos pais aos seus filhos, especialmente, nos momentos de maior necessidade. Nesta prática, os pais têm conhecimento sobre a vida de seu filho, aonde se encontra naquele exato momento e quais as atividades que exerce no dia a dia, porém sem serem invasivos. Como forma de avançar os achados Toni e Hecaveí (2014) apontaram que a monitoria positiva

e o comportamento moral apresentam relações positivas e moderadas para a média escolar dos filhos. As crianças que exibem alto rendimento escolar relatam as mães com maiores níveis de práticas educativas positivas e menor índice de práticas educativas negativas do que as crianças com baixo rendimento acadêmico.

5.1.9. *Nono Encontro: Fechamento revisão e encerramento.*

O último encontro teve como objetivo trabalhar a empatia dos pais com seus filhos a partir da vivência de uma limitação. Além disso, se propôs unir todos os temas já discutidos durante o programa parental.

O encontro iniciou com a retomada do desafio de casa, que teve como foco além da interação pais e filhos a promoção da autonomia nas crianças, como pode ser visto nos anexos 29 e 30. Essa atividade referiu-se a um planejamento, em que pais e filhos montaram juntos um programa de tarefas para serem realizadas durante a semana, conforme as indicações da folha de registro: o que fazer, por que fazer, onde fazer, quando fazer e como fazer.

De acordo com Weber et al. (2014) é difícil mudar um comportamento, mas com constância alcança-se resultado satisfatório. Às vezes, o processo de mudança carece de ajuda e tempo para elaborar os recursos já existentes. Ao analisar os relatos das experiências que o grupo vivenciou durante a semana sobre o desafio de casa, percebe-se ainda dificuldades e elevada persistência dos pais adotarem uma rotina já concordada entre eles: *“Quando ele levanta, vai direto para a televisão, eu tenho que dizer várias vezes quais tarefas ele precisa realizar, estou colocando em prática o que foi aprendido sobre as regras e limites, pois ele ainda resiste. Eu não estou desistindo, sofro porque ele é muito bonzinho. Acho que sou eu, quem fico magoada”*. Diante do quadro da criança com TDAH, a família é um elemento ativo e essencial para a educação. Cabe aos pais desenvolverem um conjunto de ações eficazes para reforçar comportamentos adequados ou eliminar comportamentos desajustados e que garantam o desenvolvimento das crianças em todos os contextos em que estão inseridas (Rocha & Del Prette, 2010).

Outro relato que colabora para verificar os desafios e persistências enfrentadas pelos pais, *“[...] usei a lista para lembrar o que foi proposto, quando ele não conseguiu realizar a tarefa, expliquei o passo a passo de como fazer. Procurei intercalar as tarefas e os dias de quem faz o que, para que agisse de modo cooperativo, chegamos a conclusão que meu filho faz o café melhor que o meu. Minha filha não gosta de cozinhar, mas gosta de lavar a louça, arrumar a cama [...]”*. Segundo Rocha e Del Prette (2010) é importante capacitar os pais para

interagirem adequadamente com as crianças na promoção de comportamentos exigidos pelos contextos social e educacional.

As discussões e as atividades realizadas durante a intervenção e os desafios de casa suscitaram interesses nos pais, visto por meio das atitudes e enfrentamentos dos desafios e conflitos vivenciados por eles e compartilhado entre os membros do grupo. Foi observado que algumas das estratégias implementadas, direcionaram o comportamento dos pais na interação com seus filhos, como por exemplo, os desafios de casa para trabalhar regras, limites e aproximação assertiva. Outro exercício facilitador referiu-se ao treino de manejo adequado para negociar com as crianças o que fazer, como fazer, onde fazer e por que fazer determinadas atividades em uma situação específica no ambiente familiar.

Como visto, o processo de mudança exige esforço, tempo e autoconhecimento, foi proposto uma atividade de encerramento, para que os pais constatassem o quanto pode ser difícil para as crianças modificarem um comportamento já adquiridos, para isso, usou-se o exercício “Labirinto da Vida” de Weber et. al.(2014, p. 90-92). Essa atividade, tem como objetivo treinar empatia dos pais com seus filhos a partir da vivência de uma limitação. Além disso, teve como propósito unir todos os temas já discutidos, mostrando todos os aspectos necessários para uma relação de qualidade entre pais e filhos.

Procedimento da atividade: O grupo deve-se dividir em dupla, e cada um receberá uma folha de papel com o desenho de labirintos, um na frente e outro no verso da folha. Um indivíduo da dupla recebe uma venda para manter os olhos fechados e pega uma caneta; ele deverá traçar o caminho da entrada até a saída do labirinto com o auxílio das indicações do seu companheiro de dupla, que será o guia que permanece com olhos abertos. Esta tarefa deverá ser cumprida num determinado tempo, estipulado pelo coordenador. A pessoa de olhos abertos pode apenas dar dicas verbais (“para cima, para baixo, lado esquerdo” etc), mas não pode tocar em sua mão para ajudar. Quando o primeiro labirinto for terminado, o verso da folha com o outro labirinto deve ser utilizado para que haja inversão das funções na dupla: o indivíduo que estava de olhos fechados passa a ser o guia e o outro recebe a venda. Quando houver a inversão das duplas, o coordenador deve marcar o tempo novamente (Weber et al., 2014, p. 91).

Para esse treinamento todos os integrantes do grupo passaram pelo mesmo processo, guiar e ser guiado. Essa atividade possibilitou reflexão sobre as seguintes questões conforme as indicações dos autores Weber et al. (2014, p. 91).

O que foi mais difícil, guiar ou ser guiado? Por quê?

Quais os sentimentos vivenciados quando estavam de olhos fechados, dependendo das dicas do colega?

Quais sentimentos apareceram ao precisar guiar o companheiro somente com a fala, tendo condições de ver o jeito certo e não poder fazê-lo, apenas orientar?

De que forma o guia deu as orientações?
Foi num tom de conversa, claro, foi devagar, foi específico, ou foi vago e nervoso?
Como foi a experiência de inverter as funções?

A revisão e o encerramento do programa de intervenção, possibilitou reflexões sobre os comportamentos dos pais, bem como, das atitudes dos filhos. Para os pais, foi mais difícil guiar do que ser guiado, ou seja, conduzir do que ser conduzido, como aparece nos relatos dos participantes: “[...] *eu senti segurança pela clareza da informação, mas me senti insegura por não saber se fazia de maneira correta*”; “[...] *essa atividade foi para se colocar no lugar do filho, de condutor para conduzido. O sucesso dos filhos de modo geral, depende muito de como, nos pais, vamos ensinar*”.

De modo geral foi possível constatar alguns avanços conquistados pelo grupo: “[...] *os encontros trouxeram aprendizado, antes eu achava que o comportamento inadequado do meu filho era falta de umas palmadas, mas hoje compreendo o que é o transtorno e as dificuldades que estão atreladas à ele*”; “[...] *aprendi estabelecer o tempo certo das coisas e da importância de estabelecer e respeitar as regras e limites que foram definidos. Aprendi muito com os exemplos dos colegas do grupo*”. O pai/cuidador ao relatar sobre o abuso físico se emociona, “[...] *hoje, eu compreendo as questões comportamentais do meu filho*”.

Para Shah et al. (2017) a falta de conhecimento sobre o TDAH entre pais, professores e sociedade pode propiciar experiências negativas para as crianças e adolescentes com TDAH. Por outro lado, o conhecimento sobre a psicopatologia do transtorno e o manejo adequado de práticas educativas parentais, os estudos de Brinkman et al. (2013) e Clarke et al. (2015) assinalaram que a intervenção aumenta a tomada de decisão compartilhada dos pais, sugerindo melhores resultados no manejo da criança, de modo que ambos os pais se sentem responsáveis pelas decisões relacionadas ao tratamento dos filhos. Shah, Grover e Avasthi (2019) consideram que a orientação a pais, direcionada para os problemas comportamentais dos filhos com TDAH, seja em grupo ou individual, um fator determinante para as etapas do tratamento e gerenciamento do transtorno.

5.2 Apreciações e discussões dos levantamentos realizados na fase do *follow-up* com o grupo de pais.

Nas Tabelas 70, 71 e 72 abaixo serão expostas as conquistas e as preocupações dos pais quanto aos problemas comportamentais dos filhos e de seus próprios comportamentos enquanto cuidadores. Apresenta-se as discussões e orientações realizadas durante os três encontros do *follow-up*.

Tabelas 70

Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Primeiro encontro da fase do *follow-up*.

1º Encontro - *Follow-up*.

Abril de 2018/120min

Situação M1 contou que seu comportamento enquanto cuidadora melhorou em alguns aspectos, apesar do trabalho exigir ainda mais de sua atenção, dedicação e tempo, o pouco tempo que fica com as crianças, tem se preocupado com a qualidade desses momentos. No entanto, percebe o quanto é difícil os problemas que os filhos enfrentam (filho caçula recentemente foi diagnosticado com TDAH). Quanto ao filho primogênito C1, a mãe relatou que melhorou em alguns aspectos, como a autonomia e responsabilidade nos estudos, na escola e em casa. Contudo, ele ainda se perde para fazer as lições e os pais precisam explicar algumas vezes o enunciado da atividade, C1 tem dificuldade para explicar o que entendeu e demora para finalizar uma lição.

Orientação Foi discutido a necessidade da criança receber o auxílio de profissionais para ajudá-la nas suas dificuldades. Foi explicado os ganhos ao frequentar reforço psicopedagógico e acompanhamento neuropsicológico para treino de novas habilidades. Foi discutido a importância do apoio dos pais na orientação e monitoramento das tarefas escolares, pela dificuldade que ainda apresenta para organizar e realizar as tarefas sozinho.

Situação M2 se percebe com alguns comportamentos referente a monitoria relaxada, diz que ainda falha. A mãe relata que está tentando melhorar quanto os aspectos de seguir uma rotina que já foi acordada, pois entende que a filha segue o seu modelo de desorganização, e que por essa razão não à culpa, “preciso seguir uma rotina e os acordos já propostos com C2”. A rotina escolar de C2 está mais puxada, ela deixa os materiais jogados por descuido e desatenção e as vezes esquece de levar os materiais necessários para as atividades escolares.

Orientação Foi explicado que a disciplina relaxada corresponde ao relaxamento das regras estabelecidas pelos pais. Que quando os pais, não cumprem com o acordo posto ao filho, estão abrindo mão de seu papel de educador, sem fazer valer os acordos e as regras pré-estabelecidas. Explicou-se a importância de manter os acordos e fazer valer as regras nas suas interações, pois quando os pais cumprem, eles estão contribuindo para um ambiente mais estável para o desenvolvimento da criança.

Situação M3 e P3 relataram sobre as dificuldades para lidar com os problemas comportamentais do filho. Os pais relataram que tem acompanhado com mais frequência as lições do filho, percebem o filho muito inteligente, mas que os sintomas de desatenção e distração o atrapalham nos estudos. Apontaram que quando os pais estão ao lado, o filho consegue focar na lição, mas quando o deixa sozinho após as explicações, C3 se perde nos pensamentos. Além disso, conversa na sala de aula, não completa a tarefa sozinho sem o acompanhamento dos pais. Só consegue fazer as atividades sozinho quando se sente seguro, como nos exercícios de matemática.

Orientação Os pais foram orientados que procurassem acompanhamento médico (neuropediatra) para verificar a possibilidade dos benefícios medicamentoso, com a finalidade de amparar a criança sobre os efeitos dos sintomas do TDAH. Sugeriu acompanhamento neuropsicológico para treino cognitivo, desenvolver novas habilidades e para trabalhar as questões emocionais e comportamentais.

Situação P4 relatou que tem aplicado os conceitos que aprendeu no programa parental. Explicou que a troca de informações entre os membros do grupo referente aos problemas comportamentais dos

filhos foi importante pelo acesso da troca de experiências quanto aos modelos parentais. Disse que percebeu a importância do manejo adequado na condução da educação do filho. Comentou que o filho tem melhorado na escola, tem tirado boas notas e desenvolveu mais autonomia para realizar as atividades, no entanto, ainda continua desatento e desorganizado para concluir as tarefas.

Orientação O pai foi parabenizado pelas conquistas sobre a mudança de suas atitudes e o aumento da monitoria positiva. Foi levantado a necessidade de estabelecer um horário fixo para a criança realizar as tarefas de casa, assim como um local fixo, para guardar o material diário.

Tabela 71

Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Segundo encontro da fase do *follow-up*.

2º Encontro - Fase *follow-up*.

Abril de 2018/120min

Situação M2 relatou que organizou o quarto da filha, separou um quarto com menos estímulos para ela fazer as lições. Disse que os pais revezam para ajudar a filha com a organização e as tarefas escolares. Atualmente, a filha tem horário para fazer as tarefas. O pai tem colaborado quando está em casa, acompanha e explica as lições. Contudo, segundo o relato da mãe, C2 com frequência interrompe os pais, fazendo perguntas inapropriadas para o momento, não completa a tarefa escolar sem o apoio dos pais, fica brava e contrariada para fazer a lição.

Orientação A mãe foi parabenizada pelo esforço e atitude quanto organizar a nova rotina familiar. Foi discutido a importância do horário fixo para o estabelecimento de uma rotina que facilitasse para todos os membros da família. Foi orientado, manter um local de estudo fixo da rotina de estudo, para facilitar o acesso dos materiais de uso diário e a organização. Foi proposto combinar o tempo de início e término de cada tarefa. Prestar atenção se a filha consegue gerenciar o tempo.

Situação M3 e P3 relataram que ambos procuraram atendimento psicológico para o filho e para a família. Quanto à procura do neuropediatra, os pais alegam que vão tentar outras alternativas para amenizar os sintomas do transtorno. Os pais compreendem as dificuldades enfrentadas pelo filho, dizem que ele lê rápido e sem pontuações, que não gosta que o corrigem, as vezes lê sem entonação e parece não compreender o conteúdo. Além disso, precisa sempre de alguém ao seu lado para o direcionar no que deve fazer e como fazer as atividades escolares. Ele está sempre com pressa para concluir a lição e brincar.

Orientação Os pais foram parabenizados pela atitude de buscar psicoterapia. Seguidamente foram orientados a estabelecer o acordo e respeitar as negociações combinadas. Quanto a leitura: dividir o texto em três partes e deixá-lo livre para realizar a primeira leitura sem correção. Orientar a criança para verbalizar a sua compreensão sobre o que entendeu. Reforçar os pontos positivos referente a primeira leitura. Na segunda parte do texto, os pais realizam a leitura, caso necessário orientam o filho a ler o texto com entonação e pontuação. Combinar o tempo de início e término de cada tarefa. Prestar atenção se a criança consegue gerenciar o tempo.

Situação P4 relatou que o filho ultimamente não quer mostrar as lições, C4 conquistou mais autonomia para realizar as tarefas escolares. O pai verbalizou dúvidas sobre o comportamento do filho de não mais mostrar as tarefas, se é por insegurança ou medo. O pai revela que o filho tem feito sozinho e quando mostra a lição, está tudo certo. Pergunta se esse comportamento está relacionado a um processo evolutivo da própria criança que agora já é um pré-adolescente. Perguntou-se ao pai sobre o desempenho escolar do filho. O pai verbalizou que as notas estão altas, com bom rendimento em todas provas e que atualmente está frequentando o reforço por

sugestão dos pais para que futuramente não tenha dificuldades. Segundo o pai, o filho aceitou e gostou da sugestão.

Situação M5 relatou que acompanha o filho nos estudos, pois ele demora para concluir as atividades, se sente inseguro quando o deixa sozinho. A mãe relatou que durante uma atividade o filho as vezes demora duas horas para concluir a tarefa, disse que é preciso ter paciência para relembrar os conteúdos. A mãe relata que o filho foge da atividade, sempre entra em outros assuntos, por mais que tenta ajudá-lo a ter autonomia é difícil, mas conta que algumas atividades o filho já caminha sozinho. No entanto, às vezes, o filho consegue perceber que dispersa, outras vezes ele não percebe.

Orientação Foi explicado o treino de modelagem¹³ para que a mãe pudesse realizar apontamentos ao filho para que C5 ficasse sensível ao próprio comportamento “desatento”. Foi explicado que ela reforçasse o comportamento desejável. Foi esclarecido para mãe combinar acordos com o filho, como por exemplo: “eu vou avisar quando você emitir o comportamento disperso, tudo bem?”. Esse acordo tem como objetivo ensinar a criança sensibilizar para o seu próprio comportamento e gerar consciência do acordo combinado. Foi orientado observar o tempo que a criança consegue manter o foco na lição (processos de gerenciamento de tempo e foco na tarefa no tempo combinado), reforçar o esforço da criança referente aos avanços do comportamento desejável.

Tabela 72

Registro das situações relatadas pelos pais e orientações: Terceiro encontro da fase do *follow-up*.

3º Encontro - Fase *follow-up*.

Maio de 2018/120min

Situação A partir dos relatos dos pais/cuidadores (M2, M3, P3, P4 e M5) referentes as dificuldades apresentadas nos dois primeiros encontros sobre o hábito de estudos dos filhos, o terceiro encontro baseou-se em discussões que ampliasse o conhecimento sobre a prática educativa parental e as orientações a respeito de como criar um adequado hábito de estudo nos filhos.

Discussão e Orientação aos pais A função do estudo: é aprender e para isso é de extrema importância que os pais/cuidadores estabeleçam acordos sobre os passos referentes a realização das lições em casa, por exemplo:

1. Horário e local fixo para o estabelecimento de uma rotina de estudo, facilita a organização e o acesso dos materiais de uso diário da criança;
2. Estabelecer os acordos: os pais combinam com a criança, o tempo inicial e o término de cada tarefa;
3. Prestar atenção se a criança consegue gerenciar o tempo;

¹³ Modelagem é um processo gradativo de aprendizagem em que o responder é modificado gradualmente por meio de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas de uma resposta -alvo final. Ela pode ocorrer de forma completamente acidental nas contingências cotidianas ou como um procedimento planejado por um analista do comportamento. A modelagem como procedimento começa com o reforçamento de respostas que possuem alguma semelhança com a resposta -alvo ou que sejam pré-requisito para ela. Os critérios para reforçamento mudam conforme o responder vai se tornando mais próximo da resposta -alvo final. O reforço de uma resposta produz um espectro de respostas com maior ou menor grau de proximidade da resposta a ser modelada. Reforçar as que forem mais próximas vai resultar na emissão de outras respostas, algumas ainda mais semelhantes à resposta-alvo do que outras. Dessa forma, o reforço vai paulatinamente selecionando respostas até que a final ocorra e seja, finalmente, reforçada (Leonardi & Borges, 2012, 166-170).

4. Usar o gerenciamento de tempo para fazer os acordos;
5. Explicar a tarefa: o pai explica e acompanha os primeiros exercícios;
6. Executar a atividade: a criança realiza as tarefas de acordo o tempo combinado;
7. Tirar dúvidas: a criança expressa as dúvidas sobre as atividades que não consegue realizar sozinha, no tempo combinado;
8. Revisar a atividade: o pai revisa as atividades realizadas pela criança.

Partido dos encontros realizados durante a fase de *follow-up*, foi possível compreender que o envolvimento dos pais na aquisição do hábito de estudo, se torna imprescindível, uma vez que, para uma criança ser bem-sucedida no processo de aprendizagem, demanda boa organização e planejamento, já que à medida que ela aprende a estudar, o seu comportamento melhora na escola e nas avaliações, possibilitando o aumento da autoestima e segurança (Watkins & Coffey, 2004).

Para M5 é fundamental acompanhar o filho nos estudos, pois ele demora para concluir as atividades quando o deixa sozinho, se sente inseguro para realizar as tarefas e muitas vezes não relembra o conteúdo. Segundo Monteiro (2014) geralmente crianças ou adolescentes com TDAH apresentam baixa autoestima por estarem constantemente sendo desvalorizados pela maneira com que realizam as tarefas do dia-à-dia, acabam por acreditar que não conseguem fazer nada direito ou sozinhos.

Como visto nos relatos dos pais, as crianças com TDAH precisa de um acompanhamento regular, organização e disciplina na hora da realização das tarefas escolares. Fonsêca et al. (2014) realizaram um estudo com 600 estudantes de escolas públicas e particulares do município de João Pessoa, com idades entre 11 e 20 anos ($m = 14,3$; $dp = 2,32$), pertencentes, em sua maioria (57,5%), ao sexo feminino. Tiveram como objetivo correlacionar as dimensões dos estilos parentais (responsividade e exigência) com os hábitos de estudo. Os resultados mostraram que os hábitos de estudo se correlacionaram com a dimensão responsividade materna ($r = 0,19$; $p < 0,01$) e paterna ($r = 0,16$; $p < 0,01$), e que as variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade e escola) influenciaram os hábitos de estudo e as dimensões dos estilos parentais. Concluiu-se que os pais responsivos influenciam de forma positiva a construção de hábitos de estudos nos filhos.

Um ponto que merece ser abordado refere-se à prática negativa com foco na disciplina relaxada, essa corresponde ao relaxamento das regras estabelecidas pelos pais, como aparece no relato de M2 “*Preciso seguir uma rotina e os acordos já propostos com C2*”. Segundo Gomide (2006) quando os pais, não cumprem com o acordo posto aos filhos, abrem mão de seu papel de educador, sem fazer valer os acordos e as regras pré-estabelecidas por eles (Gomide, 2006). Aos pais foi reforçado a importância de delinear as regras e respeitar os

combinados, pois quando os cumprem, eles estão contribuindo para um ambiente mais estável no desenvolvimento dos filhos.

Os estudos de (Fonsêca et al., 2014; Rinhel-Silva, Constantino & Rondini, 2012; Pacheco, Silveira & Schneider, 2008 e Weber et al., 2006) mostrou que os filhos de pais que exibem uma monitoria com o estilo participativo (muito limite e muito afeto) apresentam autoestima mais elevada, são mais independentes e demonstram autoconfiança, conseqüentemente conseguem melhores notas na escola e habilidade socialmente bem desenvolvidas em diversas áreas. Esse fato reforça mais os dados aqui encontrado, como pôde verificar no relato do participante P4, que revela os ganhos alcançados após frequentar o programa de intervenção parental. Segundo o pai de C4, o filho tem feito as atividades escolares sozinho, desenvolveu mais autonomia para realizar as atividades e de maneira efetiva, melhorou na escola e tem apresentado bom rendimento quanto ao conhecimento, comportamento e na apresentação das notas.

5.3 Apreciação do questionário de satisfação após o programa parental.

No final das atividades foi proposto aos pais uma avaliação, por meio do Questionário de Satisfação do Processo de Intervenção. O material foi aplicado e as respostas foram categorizadas de modo que seu conteúdo se assemelhasse, procurou avaliar o nível geral de satisfação com o programa. Foram incluídas duas categorias referentes as respostas dos pais, como aparecem na Tabela 73 “Conteúdo do Programa” e na Tabela 74 “Modificação do Comportamento”. Para selecionar as respostas os pais marcaram um “X” em “excelente”, “muito bom”, “bom”, “médio” ou “ruim”.

Tabelas 73

Avaliação dos pais sobre o conteúdo do programa parental.

	PERGUNTAS	RESPOSTAS						FREQUÊNCIA	
		ALTERNATIVAS	PAIS						
Conteúdo do Programa	Qual o nível de satisfação com a qualidade dos encontros que você participou?	Excelente		X		X	X	X	Excelente 67% Muito Bom 33%
		Muito Bom	X		X				
		Bom							
		Médio							
		Ruim							
	Qual foi a importância das apresentações teóricas para seu conhecimento sobre TDAH e sobre Práticas Educativas Parentais?	Excelente	X	X	X	X			Excelente 67% Muito Bom 33%
		Muito Bom					X	X	
		Bom							
		Médio							
		Ruim							
	Como você avalia a contribuição do treino das Práticas Educativas Parentais na relação com seu filho (a)?	Excelente		X		X	X	X	Excelente 67% Muito Bom 17% Bom 17%
		Muito Bom	X						
		Bom			X				
		Médio							
		Ruim							
	Como você avalia a contribuição do treino das Habilidades sociais educativas na relação com seu filho (a)?	Excelente		X	X		X		Excelente 50% Muito Bom 50%
		Muito Bom	X			X		X	
		Bom							
		Médio							
		Ruim							
	Quanto aos exercícios junto ao grupo, qual o grau de satisfação?	Excelente			X	X	X	X	Excelente 67% Muito Bom 33%
		Muito Bom	X	X					
		Bom							
		Médio							
Ruim									
Como você avalia a contribuição dos exercícios e sugestões de atividades para fazer em casa, para a relação com seu filho (a)?	Excelente	X	X	X	X			Excelente 67% Muito Bom 33%	
	Muito Bom					X	X		
	Bom								
	Médio								
	Ruim								
Avaliação percentual total do 'Conteúdo do Programa'								Excelente 64% Muito Bom 33% Bom 3%	

Ao analisar o padrão de resposta referente a satisfação do grupo de pais/cuidadores sobre o Conteúdo do Programa, foi possível observar que 64% dos pais assinalaram como sendo excelente; 33% como sendo muito bom e 3% avaliaram como bom. Considerando os resultados relativos ao conteúdo do programa, observou-se que os pais/cuidadores muitas vezes se sentem sobrecarregados, inseguros, desorientados, estressados e cansados por não saberem a melhor estratégia para ajudar seus filhos. Esse dado pode ser particularmente importante para explicar a adesão ao treinamento verificado nesse estudo, como poucas faltas e a concretização dos desafios de casa, pois como salientaram Rocha e Del Prette (2010), a família necessita de intervenção educativa, para adquirir habilidades pessoais e parentais na

promoção de ações educativas mais eficazes para desenvolver as habilidades sociais e acadêmicas de seus filhos.

Tabelas 74

Avaliação dos pais sobre a modificação de seus próprios comportamentos.

	PERGUNTAS	RESPOSTAS						FREQUÊNCIA
		ALTERNATIVAS	PAIS					
Modificação do Comportamento	Quanto ao treinamento realizado em cada encontro, como você avalia a sua contribuição para a interação com seu filho (a)?	Excelente	X			X		Excelente 33%
		Muito Bom		X	X		X	
		Bom						
		Médio						
		Ruim						
	Como você avalia, após os encontros, a sua habilidade de se colocar no lugar do seu filho (a)?	Excelente	X	X		X	X	Excelente 67%
		Muito Bom			X		X	
		Bom						
		Médio						
		Ruim						
Como você avalia, após os encontros, a sua habilidade de negociar regras e limites com seu filho (a)?	Excelente	X				X	Excelente 33%	
	Muito Bom		X		X	X		
	Bom			X				
	Médio							
	Ruim							
Como você avalia a sua habilidade de elogiar os comportamentos adequados de seu filho (a)?	Excelente	X			X	X	Excelente 50%	
	Muito Bom		X			X		
	Bom			X				
	Médio							
	Ruim							
Como você avalia, após os encontros, a sua habilidade de dar feedback para seu filho (a)?	Excelente	X	X		X	X	Excelente 67%	
	Muito Bom			X		X		
	Bom							
	Médio							
	Ruim							
Como você avalia que os encontros colaboraram para você conversar com seu filho (a) sobre o que é certo e errado de maneira assertiva (nem agressiva e nem passiva)?	Excelente	X	X		X	X	Excelente 67%	
	Muito Bom					X		
	Bom			X				
	Médio							
	Ruim							
Como você avalia que os encontros colaboraram para você se sentir menos ansiosos (a)?	Excelente	X		X		X	Excelente 67%	
	Muito Bom		X		X			
	Bom							
	Médio							
	Ruim							
Como você avalia que os encontros colaboraram para você perceber o suporte dos amigos e da família?	Excelente	X			X	X	Excelente 50%	
	Muito Bom		X	X		X		
	Bom							
	Médio							
	Ruim							
Avaliação percentual total da modificação do comportamento							Excelente 54% Muito Bom 40% Bom 6%	

Quando perguntado aos pais sobre como avaliavam a sua interação com seus filhos, 33% reportaram como excelente e 67% como muito bom.

Observa-se que 67% dos pais reportaram como excelente suas habilidades de se colocarem no lugar dos seus filhos (as) e apenas 33% como muito boa capacidade.

Nota-se que 33% dos pais avaliaram como excelente suas habilidades de negociarem as regras e limites com seus filhos (a), 50% como muito boa capacidade e 17% bom.

50% dos pais apontaram como excelentes suas habilidades de elogiarem o comportamento dos filhos, 33% como, muito bom e 17% bom.

Com relação as habilidades dos pais de oferecerem feedback aos seus filhos (as), 67% reportaram com excelente e 33% como muito bom.

Quanto a questão sobre como os pais avaliavam os encontros tendo colaborado para conversarem com os filhos sobre o que é certo e errado de maneira assertiva (nem agressiva e nem passiva), 67% responderam como excelente, 17% muito bom e bom.

No total, 67% dos pais identificaram como sendo excelente os encontros, pois colaborou para que eles se sentissem menos ansiosos (as) e 33% reportaram como muito bom.

Para assegurar essas pontuações os pais reportaram uma série de aprendizados que absorveram na troca entre colegas do grupo, nas relações com seus filhos e na observação de seus próprios comportamentos:

“Foi excelente creio que deveria ser desenvolvido em todas as escolas. Particularmente essa intervenção fez com que eu me sentisse muito mais responsável (em nível de culpa) pela formação de minha filha. Ao mesmo tempo ofereceu informações objetivas, conhecimento teórico esclarecedor que nos fazem sentir capaz de melhorar a nossa qualidade de vida. Aplicando o que aprendi, tudo será melhor e visivelmente conscientemente organizado. Lições objetivas, ênfase na prática, clareza nas informações sem deixar de explicar a teoria. Levou a tomada de consciência de muitos assuntos e a recuperação de outros saberes. Ajudou a me sentir melhor guiada na condução da educação e menos sozinho. Não sei indicar nenhuma alteração. Esse curso de pais é inédito (a meu ver) e deveria se expandir. Talvez com outras intervenções ou plataformas digitais com alguns encontros presenciais, para nós, que participamos do segmento ao acompanhamento e não perdeu de vista as evoluções e possíveis evoluções das famílias e crianças. Não creio que seja proveitoso um grupo grande, há de sempre menor, como o nosso! “

“Importantíssimo! O trabalho em grupo faz vermos outras possibilidades que não vemos no dia-a-dia. A experiência trazida pelos outros é importante ferramenta para mudar nossa visão sobre aspectos e situações parecidas, possibilitando a mudança de hábitos e atitudes. Refletir sobre mim mesma. Olhar para mim e ver minhas atitudes, comparar o que serve e o que não serve na educação dos meus filhos, ajudou muito em termos de autoconhecimento. Podem ter mais encontros? ”

“Muito boa para melhor educar e ajudar meu filho. Muito bom para conhecer outras famílias que tem os mesmos problemas. Para melhorar, só mais tempo”.

“Gostei de me relacionar com outros pais que tem filhos que agem e tem ações parecidas com meu filho, aprendi muito com eles. Conhecimento do TDAH foi muito positivo pois para lidar na busca de ensinar meu filho com calma e atenção das atividades escolares, como em casa também. Meu ponto positivo, muito satisfatório, por ser um projeto de aprendizagem eu achei tudo ok. “

“Muito esclarecedor, possibilitando que eu percebesse algumas atitudes como assertivas e outras como negativas, fazendo com que minha compreensão sobre o tema se tornasse melhor e mais clara. Ajudou a pensar nas minhas atitudes quanto ao meu filho e nas formas como ajudá-los a se comportar de maneira correta, fazendo com que os estímulos auxiliassem na construção da autoconfiança do meu filho. Ajudou a coletar informações e ideias de como me relacionar com meu filho. As orientações sobre ideias, exercícios, posturas a serem desenvolvidas com meu filho. As trocas de experiências com os pais e mães. Os esclarecimentos sobre os comportamentos positivos e negativos e como trabalhar o diálogo e sua importância para meu filho. A recepção e hospitalidade das pessoas que conduziram esse projeto (organizadores, colaboradores e participantes). O grande problema que vejo, está relacionado ao tempo. Às vezes os debates e experiências fizeram com que o tempo para cada reunião tivesse que ser acelerado, impedindo que algumas questões fossem mais discutidas. Também ocorreu de o assunto ocasionar o encurtamento do tempo para a realização de algumas atividades. “

“Foi excelente contribuiu muito com meu cotidiano, além de esclarecedor para várias dúvidas. Todos os pontos foram positivos. Foram grandes as contribuições em todos os aspectos. Tenho apenas elogios! Todos os encontros foram ótimos, devem dar continuidade a este trabalho.”

5.4 Discussão Geral

Os dados apresentados demonstraram que, de modo geral, houve mudanças positivas quanto as práticas educativas parentais, diminuição das dificuldades emocionais e do estresse dos pais após o programa parental. Da mesma forma, a maioria das crianças foram avaliadas positivamente, tanto nos aspectos cognitivos quanto nos comportamentais avaliados pelos pais e professores.

Com relação a participação dos pais no programa de intervenção, a assiduidade dos pais/cuidadores nos encontros possibilitou a execução do treinamento de maneira satisfatória quanto ao cumprimento de tarefas, 86% dos pais permaneceram em todas as fases do estudo. Os pais avaliaram o conteúdo do programa, 64% apontou como excelente e 33% como muito bom. Quanto a autoavaliação referente à modificação de seus próprios comportamentos enquanto cuidadores, 54% dos pais responderam como excelente e 40% como muito bom. A

avaliação positiva para a modificação do próprio comportamento, posto pelos pais, demonstra o valor pragmático das estratégias que provavelmente facilitou a emissão das suas próprias capacidades no ambiente familiar, contribuindo para o aumento da monitoria positiva e das habilidades cognitivas nos filhos.

Usando uma recente revisão sistemática realizada por Bertoldo et al. (2018), com o intuito de compreender como diferentes estudos retratam a inclusão dos pais em intervenções como parte do tratamento de crianças e adolescentes com TDAH. Os resultados apontaram evidências de que a inclusão dos pais no tratamento, suscita benefícios para a família. Os pais adquirem habilidades em relação ao conhecimento e o manejo do transtorno, aprendem auxiliar a criança em relação a diferentes aspectos, como na organização, na rotina escolar, no planejamento, entre outros, beneficiando o desenvolvimento da criança e melhorando as relações entre pais e filhos.

Ainda em relação à adesão dos pais na participação no tratamento dos filhos com TDAH, Clarke et al. (2015) verificaram a relação entre a frequência no tratamento e o envolvimento das crianças com TDAH em tarefas de casa oferecidas aos pais como possíveis indicadores de melhoras no tratamento dos filhos. Os resultados apontaram que o envolvimento ativo dos pais no tratamento é mais importante do que a frequência das sessões. Assim, um esclarecimento prévio aos pais sobre aspectos do TDAH e sua inclusão na elaboração do plano de tratamento, parece de acordo com as pesquisas, repercutindo de forma bastante favorável no tratamento da criança com TDAH (Bertoldo et al., 2018).

No que concerne aos problemas de comportamento e do perfil de competências relatadas por pais e professores das crianças com TDAH, os dados encontrados neste estudo sugerem diminuição dos indicadores de dificuldades comportamentais, assim como dos problemas de déficit de atenção, de hiperatividade/impulsividade, de problemas de aprendizagem e do comportamento antissocial. Esses dados sugerem que a inclusão dos pais se mostra uma possibilidade de redução dos problemas comportamentais de crianças, como aparecem nos estudos de intervenção avaliados por Coates et al. (2015) no qual apontaram que as intervenções parentais foram associadas à redução das dificuldades relacionadas aos sintomas de TDAH nos filhos.

Porém cabe ressaltar que em alguns casos houve aumento de indicadores de dificuldades nas habilidades comportamentais ou manutenção de problema internalizantes e externalizantes nas crianças, como: desatenção, hiperatividade e aprendizagem, observados por pais e professores. No entanto, melhoras desses indicadores podem sugerir com a combinação entre o treinamento de pais e o tratamento individual das crianças com TDAH

para uma melhor adaptação que permite à criança lidar de forma mais efetiva com as demandas emocionais e comportamentais, como apontado por Maleki et al. (2014).

Quanto aos ganhos encontrados neste estudo, sobre os indicadores cognitivos das crianças com TDAH, de modo geral, houve aumento das habilidades cognitivas, como a memória operacional, a atenção seletiva, a atenção sustentada, o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva, visto na avaliação neuropsicológica após o programa parental. A metanálise realizada por Mulqueen et al. (2015) em oito ensaios analisados com média de 399 participantes, verificou-se que houve melhoramento significativo para a criança com TDAH, após intervenção parental em comparação ao grupo controle. Bertoldo et al. (2018) aponta que o envolvimento da família no tratamento da criança com TDAH permite a potencialização de bons resultados, tendo em vista as características particulares de cada quadro na elaboração e na execução do plano de tratamento.

Na autoavaliação dos pais, observou-se que no IEP/total o grupo de pais obteve aumento no estilo parental positivo e diminuição da prática educativa de risco. Esses dados podem ser vistos nos resultados dos pais quanto ao aumento das práticas educativas, o comportamento moral e a monitoria positiva. No decorrer do programa parental para a monitoria positiva, 50% dos pais apontaram como ótima e acima da média na fase pós-intervenção, já no pós-*follow-up*, 83% classificaram como ótima estilo parental. Esses dados são importantes, visto que, foi possível observar o efeito da intervenção, no comportamento e nas habilidades das crianças com TDAH, verificou-se que após o treinamento com os pais, houve redução dos problemas comportamentais e aumento das habilidades cognitivas nos filhos.

Os dados encontrados vêm ao encontro do estudo de Leung et al. (2017) onde aponta que após intervenção com um grupo de pais de crianças com TDAH, aumentou a prática educativa positiva e diminuiu expressivamente os problemas de comportamento e de atenção das crianças avaliadas. Em outro estudo realizado por Herbert et al. (2013), verificou-se que o treinamento nos pais foi eficaz na redução da desatenção, da hiperatividade e do comportamento de oposição em crianças pré-escolares. Na literatura brasileira, Pimenta (2014) empregou uma intervenção baseada no programa de treinamento para pais de crianças com TDAH proposto por Barkley (1997) e, como resultado, observou-se eficácia na redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade e comportamentopositor e desafiador nos filhos (Pimenta, 2014).

Já com relação as práticas educativas negativas os resultados apontaram aumento de prática positivo, em destaque para negligência no qual o grupo apontou que 66% obtiveram

um ótimo estilo parental, na fase de pós-*follow-up*, assim como foi observado quanto ao abuso físico, em que 50% dos pais apontaram uma ótima monitoria após o programa de intervenção. Ainda que os resultados possam parecer singelos, torna-se fundamental compreender os valores adquiridos pelos pais ainda na infância, em que seus pais usavam de uma prática educativa autoritária e do abuso físico com o propósito de estarem educando-os, esse repertório muitas vezes é transmitido de uma geração para outra. Assim como aparece no estudo de Weber et al. (2014) normalmente, os pais usam as práticas educativas que receberam de seus próprios pais, por ser o modelo mais importante que conhecem, tornando-se comum uma prática passar de geração para outra. O estudo realizado por Hadianfard (2014) identificou que crianças com TDAH são negligenciadas “60%” e sofrem abuso psicológico e físicos “35%” com mais frequência do que outros maus tratos. Os resultados apontaram que a negligência e os abusos psicológicos e físicos foram significativamente maiores no grupo de crianças com TDAH. Concluíram que as famílias de crianças com TDAH devem ser orientadas para lidar com as dificuldades e os problemas de comportamento dos filhos.

Com relação a saúde mental dos pais de crianças com TDAH, outro ponto que mereceu atenção, os dados apontaram que houve redução dos indicadores de dificuldades referente a ansiedade, a depressão e o estresse, tanto dos aspectos internalizantes como externalizantes. Nota-se que dois dos seis pais pontuaram classificação leve, moderada e grave para os inventários BAI e BDI, cabe salientar que um dos pais pontuou para os sintomas de depressão, não houve diferença significativa após a intervenção parental. Quanto a avaliação do ISSL, que identificou a sintomatologia psicológica e etiologicamente de quadro característico do estresse, três dos seis pais pontuaram inicialmente um nível de estresse, mas que ao longo da intervenção parental houve redução dos sintomas para dois participantes.

O estudo realizado por Neece (2014) verificaram que o estresse apresentado pelos pais de crianças com TDAH pode impactar negativamente no convívio com a criança e em seu comportamento. Além disso, observaram que os estudos com intervenções para diminuir os sintomas dos aspectos emocionais dos pais, são raros. As dificuldades emocionais, cognitivas ou psicopatológicas nos pais, se mostra como uma barreira em relação ao tratamento de crianças com TDAH, seja por meio da negação dos sintomas apresentados pelos filhos ou pela dificuldade em participar ativamente dos manejos que aos pais competem no tratamento. Um estudo recente realizado por Leitch et al. (2019) teve como objetivo explorar o estresse de pais de crianças com TDAH, os participantes foram ouvidos e como resultado, verificou-se a necessidade de intervenções direcionadas diretamente ao estresse dos pais. Os pais pediram apoio para ajudá-los por não saberem como lidar e/ou manejar adequadamente o

comportamento dos seus filhos com TDAH. Na mesma direção, Chronis et al. (2006) já ressaltavam que o treinamento parental diminuiu os comportamentos problemáticos das crianças, melhorou a interação entre pais e filhos, conseqüentemente, reduziu o estresse parental.

Portanto, salienta-se que a inclusão dos pais no tratamento da criança com TDAH parece ser um importante caminho no processo, de modo que proporcione para a criança um respaldo tanto pelo tratamento terapêutico como pela amplificação das potencialidades dos pais, seja pelo treinamento destes em relação às características e possíveis manejos do transtorno ou por um espaço que ofereça reflexão sobre o que lhes será demandado enquanto cuidadores (Bertoldo et al., 2018).

Weber et al. (2004) apontam a necessidade de intervenção em práticas educativas parentais para desenvolver habilidades sociais nos pais e nas crianças, estabelecer uma dinâmica familiar comprometida e afetiva, que sejam eficazes para criar e manter um repertório de comportamento adequado na relação entre pais e filhos (Weber et al., 2004). Com relação ao programa de intervenção proposto neste estudo, os dados de modo geral, indicaram a aceitabilidade e a viabilidade por parte dos integrantes do grupo. Nota-se a necessidade de aprimoramento no planejamento de futuros programas de intervenção parental com essas características, a fim de atender às expectativas dos pais e aumentar a sua satisfação, aprendizado e bem-estar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste trabalho foi de implementar e avaliar os efeitos de um programa de intervenção parental de práticas educativas sobre as dificuldades emocionais dos pais e nos aspectos cognitivos e comportamentais de crianças com TDAH.

A implementação do programa parental mostrou-se possível de ser realizada com aderência e participação dos pais em todas as etapas. Os encontros colaboraram para o reconhecimento de suas próprias capacidades enquanto cuidadores, para exercerem com mais frequência uma monitoria positiva, atribuir regras e limites compatíveis a idade da criança, envolver-se afetivamente e auxiliar na organização das tarefas escolares contribuindo no desenvolvimento de comportamentos adequados nos seus filhos.

Verificou-se ao longo do programa de intervenção parental e do *follow-up*, que os pais se mostraram motivados e engajados para aplicar as técnicas aprendidas, de acordo com a execução dos exercícios propostos e realizados durante os encontros e os desafios para casa. A troca de experiências e informações entre os participantes do programa parental, foi mais um ponto importante a ser destacado, uma vez que trouxe impacto positivo ao compartilhar da mesma problemática, percebeu-se que entre os membros do grupo sentimento de pertencimento e identificação entre eles.

Ao analisar os resultados das avaliações de desempenhos por meio dos instrumentos reportados pelos pais, foi possível verificar que na maioria dos casos, houve melhora nos diferentes tipos de indicadores comportamentais e emocionais, como o aumento das práticas educativas parentais positivas e a redução das práticas educativas negativas, sintomas de ansiedade, estresse e dos problemas internalizantes e externalizantes.

Vale ressaltar que em alguns casos, apesar dos pais relatarem melhorias em suas abordagens, atitudes e ainda estarem engajados na participação do programa parental, evidenciou-se redução quanto a monitoria positiva. Cabe mencionar que o impacto das informações sobre as práticas educativas positivas e negativas e a possibilidade de que a ocorrência dos problemas de comportamento dos filhos poder variar em função do manejo adequando ou inadequados dos pais, pode ter impactando a percepção dos cuidadores na sua autoavaliação.

Foi possível observar nas análises dos resultados da avaliação das crianças com TDAH, redução de problemas emocionais e comportamentais e aumento das habilidades cognitivas, incluindo a atenção seletiva, memória, flexibilidade cognitiva, velocidade de processamento e funções executivas. Observou-se também a diminuição do índice clínico

quanto a probabilidade de problemas de atenção após a participação dos pais/cuidadores no programa de intervenção.

Diante do efeito que o TDAH causa na qualidade de vida, na saúde mental de todos os membros da família, no ambiente e nas interações entre eles, o presente estudo sugere o fortalecimento de políticas públicas que abarquem programa de intervenção na promoção do bem-estar dessa população. Assim como, o desenvolvimento de projetos de orientação de pais, que contemplem a atuação de profissionais da área da psicologia nas escolas, em função das dificuldades do aluno com TDAH poder piorar ou melhorar, dependendo das condições que lhe são apresentadas.

Quaisquer respostas diante as limitações dos resultados apresentados podem parecer pretenciosas, por isso torna-se extremamente importante a continuidade de pesquisas que busquem maior clareza a respeito dos conhecimentos envolvendo programas de intervenção junto a pais de crianças com TDAH. Corroborando a literatura revisada, os dados do presente estudo, sem dúvida, possibilitam pensar a necessidade de uma transformação na área da psicologia clínica para o tratamento de crianças com TDAH, de maneira a contemplar os pais nesse processo, disseminar informações sobre o que é o TDAH e orientações em práticas educativas parentais e a saúde mental dos pais e de seus filhos. Os achados reforçam que evoluções nas práticas educativas parentais positivas contribuem para a redução das dificuldades comportamentais e para o aumento das habilidades cognitivas das crianças.

Embora este trabalho traga contribuições no desenvolvimento de habilidades educativas parentais no manejo de crianças com TDAH, algumas limitações precisam ser mencionadas, mas que podem ser superadas em estudos futuros. Considera-se que apesar do número de participantes se mostrar satisfatório no manejo com o grupo formado, seria interessante a formação de um grupo controle permitindo uma análise mais robusta de forma a ampliar a generalidade dos resultados.

Verifica-se que a intervenção acontecer apenas com um dos membros da família e as avaliações referentes aos problemas de comportamento dos filhos foram aferidas somente por meio de relato e do preenchimento dos instrumentos por parte de um dos pais. Cabe ressaltar que existem as barreiras, para a implementação de programa de intervenção, envolvendo todos os membros da família, como pai, mãe e filho, visto a dificuldade conciliar os horários de todos os participantes. No presente estudo, essas dificuldades foram observadas, uma vez que os parceiros mostraram interesse inicialmente pelo projeto, no entanto, não concluíram as etapas, por falta de tempo e horário disponível para a participação legítima de todos os interessados pelo programa de orientação.

Considera-se que os objetivos propostos nesta investigação foram alcançados, uma vez que a análise empreendida por meio do programa parental indica a possibilidade de auxiliar os pais a diminuir o uso das práticas educativas negativas e aumentarem atitudes compatíveis com as práticas educativas positivas nas interações com seus filhos, ainda que não tenha sido observado as mudanças em todas as dificuldades emocionais e comportamentais dos pais e dos seus filhos.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A., (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, v.t: *University of vermont, department of psychiatry*.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). Mental health practitioners guide for the achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) (4ed). Burlington, VT: University of Vermont, *Research Center for Children, Youth, & Families*.

Afonso, M. L, M. (2006) (Org.). *Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2017). Parent psychopathology and neurocognitive functioning in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1(11).

Al-Ansari, A. M. (2013). Measurement of impairment among children with attention deficit hyperactivity disorder as part of evaluating treatment outcome. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(2), 296-300.

Alvarenga, P. (2001). Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. Em Guilhardi, H. J. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*, Santo André, SP: ESETEC. (8), 52-57.

Alvarenga, P., Magalhães, M. O., & Gomes. Q. S. (2012). Relações entre práticas educativas maternas e problemas de externalização em pré-escolares. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 29 (1). 33-42.

Al-Yagon, M., (2016). Perceived close relationships with parents, teachers, and peers: predictors of social, emotional, and Behavioral Features. *In Adolescents With Id or Comorbid Id and Adhd. J. Learn. Disabil.* (49), 597–615.

Alchieri, J. C., & Cruz, R. M. (2014). *Avaliação psicológica: conceito, método e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Amiri, S., Fakhari, A., Maheri, M., & Mohammadpoor, A, A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of tabriz, North-West Iran. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(6), 597-601.

Aquino, J. L., & Borges-Parana, C. M. O. (2019). Avaliação neuropsicológica da memória operacional em escolares. *Revista psicopedagógica*. 36(109): 3-9.

Araujo, V. A., Carvalho, A. M., Teixeira, M. C. T. V., & Carreiro, L. R. R. C. (2019). *Orientações práticas para professores de alunos com comportamentos de desatenção e hiperatividade em sala de aula*. Editora: Artesã, São Paulo.

Arnsten, A. F. (2010). The use of adrenergic agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Revista Neurother*, 10(10) 1595–1605.

Asherson, P. (2016). ADHD across the lifespan. *Psychiatric disorders*. 44 (11), 683-686.

Associação brasileira de empresas de pesquisa - ABEP. (2016). Critério de classificação econômica brasil. <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>. Acesso em março, 2017.

Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2721-2735.

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições, 70.

Bargas, J. A., & Lipp, M. E. N. (2013). Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicol. Esc. Educ.* 17 (2) 205-213.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychol Bull.* 121(1), 65–94.

Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.

Barkley R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Guia Completo para Pais, Professores e Profissionais da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. A. et al. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade-Manual Para Diagnóstico e Tratamento Associados*. 3. Ed. Tradução Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Exercícios clínicos*. Tradução Lopes, M. F. (3. ed), Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.

Baumrind, D. (1966). Effects Of Authoritative Parental Control On Child Behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology monograph*, 4 (1)1-103.

Baron, I. S. (2004). *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University Press.

Bégin, J. Y., Bluteau, J., Arseneault, C., & Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: Past to Present. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-16.

Bellé, A. H., Andreazza, A. C., Ruschel, J., & Bosa, C. A. (2009). Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3) 317-325.

Benczick, E. B. P. (2014). Funções executivas e aprendizagem: Um ponto de vista neuropsicológico. In: Capellini, A. S. (ORG.). *Tópicos em transtornos de aprendizagem*. Parte III. Marília: FUNDEPE, Editora.

Benczik, E.B.P. (2000). *Manual da escala de transtorno do déficit de atenção hiperatividade: Versão Para Professores*. São Paulo: Casa Do Psicólogo.

Benczik, E. B. P., & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*. São Paulo. 32(97) 93-103.

Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A Closer Look at The Caregiving Environment. *Developmental Science*. 15(1) 12-24.

Bertoldo, L. T. M., Feijó, L. P., & Benetti, S. P. C. (2018). Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. *Psic. Rev. São Paulo*, 27 (2) 427-452.

Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Dias, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatric Journal*, 14(1) 33-39.

Biederman, J., Spencer, T. J., Petty, C., Hyder, L. L., O'connor, K. B., Surman, C. B. H., & Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation cbcl profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 267-276.

Bloemsma J., Boer, F, Arnold R., Banaschewski ,T., Faraone S. V, Buitelaar J. K., Sergennt, J. A., Rommelse, N., & Oosterlaan J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with adhd. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 22, 225-234.

Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Maturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 10(2) 125-142.

Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudo psicológico*. Natal. 7(2), 227-235.

Bolsoni-Silva, A. T., & Borelli, L. M. (2012). Treinamento de habilidades sociais educativas parentais: comparação de procedimentos a partir do tempo de intervenção. *Estudo de Pesquisa Psicológica*, Rio de Janeiro, 12(1).

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, 173(1), 79-84.

Borges, A. L. A. (2008). A criança, o brincar e a interação entre pais e filhos. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, (7), 120-126.

Bordin I. A., Rocha M. M., Paula C. S., Teixeira M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silvares E. F. M. (2013). Child behavior checklist/cbcl, youth self-report/ysr and teacher's report form/trf: an overview of the development of original and brazilian version. *Cadernos de Saúde Pública*.

Brinkman, W. B., Hartl M. J., Poling, L. M., Shi, G., Zender, M., Sucharew, H., & Epstein, J. N. (2013). Shared decision-making to improve attention-deficit hyperactivity disorder care. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 95-101.

Bromberg, M.C., & Valiati, M. R. M. S. (2009). *Influência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na dinâmica familiar* (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Caballo, V. E. (2016). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Adaptação Brasileira. Santo-São Paulo: Editora: Livraria.

Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. S., & Cozza, H. F. P. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Avaliação psicológica*, 6(1), 51-60.

Cardoso, C. O., Dias, N. M., Seabra, A. G. & Fonseca, R. P. (2017). Programa de estimulação neuropsicológica da cognição em escolares: Ênfase nas funções executivas - desenvolvimento e evidências de validade de conteúdo. *Dement. Neuropsychol*, 11(1), 88-99.

Carneiro, M. A. (2010). *LDB Fácil-leitura crítico-compreensivo artigo a artigo*. Editora Atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes.

Carpigiani, B., Araújo, M. V. A., Nehme, R. A., Ferraz, T., & Lopes, V. S. (2014). Investigação do pensamento clínico, educacional e influencia da cultura na atualização da teoria psicanalítica de Erik Homburger Erikson. *Universidade Presbiteriana Mackenzie Centro de ciências biológicas e da saúde curso de psicologia*. São Paulo-SP, p. 7-25.

Carpigiani, B., & Lopes, V. S. (2019). *Erick H. Erikson: Relatividade cultural*. Editora. Reflexão, São Paulo - SP. (1), p. 320.

Carregal, D. C., & Moreira, S. R. G. (2011). Aspectos psicológicos de crianças portadoras de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Periódico eletrônicos em psicologia*, 9(17), 643-650.

Carreiro, L. R. R., Schwartzman, J. S., Cantiere, C. N., Ribeiro, A. F., Silva, N. A., Martin, M. A. F., Chiquetto, C. M., Baraldi, G. S., Mariani, M. M. C., Seraceni, M. F. F., & Teixeira, M. C. T. V. (2014). Protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16, 155-171.

Carreiro, L. R. R., Teixeira, M. C. T. V., Araújo, M. V., Martin, M. A. F., Ribeiro, A. F., Marino, R. L. F., Cantiere, C. N., Tafla, T. L., Silva, M. M. M., Souza, R. A. Filleti, G. G., Souza, A. O. (2018). Efeitos de uma intervenção parental de práticas educativas sobre dificuldades cognitivas e comportamentais de crianças com TDAH: Repercussões escolares e familiares. (Relatório de pesquisa). Mackpesquisa, Mackenzie.

Cassoni, C. (2013). *Estilo Parentais e Práticas Educativas Parentais: Revisão Sistemática e Crítica da Literatura*. 203f. Dissertação de Mestrado, FFCLRP, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Cantiere, C. N., Ribeiro, A. F., Macedo, L. F. R., Seraceni, M. F., Khoury, L. P., Teixeira, M. C. T. V., & Carreiro, L. R. R. (2012). Protocolo de intervenção neuropsicológica nos Treino cognitivo em crianças e adolescentes com sinais de desatenção e hiperatividade: proposta de protocolo de intervenção neuropsicológica nos domínios verbal e executivo. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* (Online). (10), 98-107.

Cheung, K., Aberdeen, K., Ward, M. A., & Theule, J. (2018). Maternal Depression in Families of Children with ADHD: A MetaAnalysis. *Journal of Child and Family Studies*.

Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol.* 26(4) 486-502.

Clarke, A. T., Marshall, S. A, Mautone, J. A, Soffer, S. L, Jones, H.A., Costigan, T. E., ... Power, T. J. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67.

Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. J. (2015). Parenting interventions for ADHD: a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 831-843.

Coes, M. D. C. R. (1999). Distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. In F. de P. N. Sobrinho & A. C. B. da Cunha (orgs). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: *Qualitymark*, 59-88.

Cole, H. P., & Lacey, W. E. (1982). Theories of Learning, Development, and Psychoeducational Design: Origins and Applications In Nonschool Settings. *Viewpoints In Teaching and Learning*, 58(3), 6-16.

Conners, C. K., Epstein, J. N., Angold, A., & Klaric, J. (2003). Continuous performance test performance in a normative epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5) 555-562.

Epstein, J. N., Erkanli, A., Conners, C. K., Klaric, J., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). Relations between continuous performance test performance measures and ADHD Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (5), 543-554.

Corso, L.V., & Dorneles, B.V. (2012). Qual o papel que a memória de trabalho exerce na aprendizagem da matemática? *Bolema*, 26(42B), 627-47.

Costa, F. T., Teixeira, M. A. P. & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 465-473.

Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck – Manual*. São Paulo: Caso do Psicólogo.

Cunha, V. L. O., Silva, C., Lourencetti, M. D., Padula, N. A. M. R., & Capellini, S. A. (2013). Desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em tarefas metalinguísticas e de Leitura, *Revista CEFAC*.15(1):40-50.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, (113)487-496.

Daley, D., & O'Brien, M. (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest Parent Training Programme for children with ADHD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 543-552.

Daly, B., Creed, T., Xanthopoulos, M. & Brown, R. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, (17), 73-89.

Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2002) *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Diamond, A., & Ling, D.S. (2015). Conclusions about Interventions, Programs, and Approaches for Improving Executive Functions that appear Justified and those that, despite much hype, do not. *Dev Cogn Neurosci*. 18:34-48.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 64, 135-68.

Drechler, R., Brandeis, D., Foldenyi, M., Imhof, K., & Steinhausen, H.C. (2005). The course of neuropsychological functions in children with attention deficit hyperactivity disorder from late childhood to early adolescence. *J Child Psychol Psychiatr*. 46(8) 824-36.

Duarte, D. B. (2013). Indicadores de saúde mental e estilos parentais: Uma comparação entre grupo de pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams e grupo de pais de crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Dupaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books.

Epsy, K. A. (1997). The Shape School: Assessing Executive Function in Preschool Children. *Developmental Neuropsychology*, (13), 495-499.

Epsy, K. A., & Cwik, M.F. (2004) The Development of a Trial Making Test in Young Children: *The Trails-P*. *Clinneuropsychol*, 18(3) 411-422.

Faraone, S.V., & Biederman J. (1998). Neurobiology of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44, 951-8.

Faria, A. M. D. B., & Cardoso, C. L. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia*. Porto Alegre. 47(3) 228-237.

Ferentz, L. M. S. (2017). Análise da qualidade de vida pelo método WHOQOL-bref: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná *Revista Estudo & Debate*, Lajeado. 24 (3).

Ferrando-Lucas, M. T. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: factores etiológicos y endofenotipos. *Revista de Neurologia*, 42(2), 9-11.

Ferreira, M. C. B., Ayalla, K. O., Oliveira, M. M. & Rocha, M. M. (2016). Efeitos e limites de um programa de habilidades sociais educativas para pais de crianças com TDAH. 12. (1).

Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2016). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results after a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 1-12.

Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – adaptação brasileira da 3ª ed.* São Paulo, Casa do Psicólogo.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “Whoqol – Bref”. *Revista Saúde Pública*. 34 (2), 178-183.

Florez I. R. (2011). Developing Young Children's Self-Regulation Through Everyday Experiences. *Reprinted From Young Children*, 46-51.

Fonsêca, P. N., Andrade, P. O. Santos, J. L. F. Cunha, J. E. M. & Albuquerque, J. H. A. (2014). Hábitos de estudo e estilos parentais: estudo correlacional. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. 18 (2), 337-345.

Frassetto, S. S., & Bakos, D. G. S. (2010). Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: Um Estudo Piloto. *Aletheia*, (33), 6-17.

Freire, A. C. C., & Ponde, M. P. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatria*. 63(2) 474-478.

Friaça, M. G. F. (2010). Qualidade de Vida. In: Neto, Mário Rodrigues Louzã (ed.), *TDAH transtorno do déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed, (9), 265-274.

Friedman, S. R., Rapport, L. J., Lumley, M., Tzelepis, A., Vanvoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of Social and Emotional Competence, In Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, (17), 50-58.

Goldstein, L. H., Harvey E. A. & Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abnorm Child Psychol*, 35(1), 125-36.

Gomes, M. A., & Pereira, M. L. D. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 357-363.

Gomide, P. I. C. (1998). *Menor Infrator. A caminho de um novo tempo*. 2 Curitiba: Editora Juruá.

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, Manual de Aplicação, Apuração e Interpretação*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. P. N. & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10(2), 169-178.

Gomide, P. I. C. (2014). *Pais Presentes, Pais Ausentes-Regras e Limites*. Editora: Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro.

Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas: Alínea, 21-60.

González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos Parentales en Niños Y Niñas con TDAH. *Revista Latino americana de Ciências Sociais, Niñez Y Juventud*, 12(1), 141-158.

Gonzalez, R. M, Perez, P. A. G, Hernandez, M. I, Expósito, S.H, Rodriguez, M. A. A, Fuentes I. Q. & Morell B. R. (2008). Evaluación Neuropsicológica de la memoria em el

transtorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Ver Neurol*, 47(5), 225-30.

Graziano, P.A., McNamara, J.P., Geffken, G.R., & Reid, A. (2011). Severity of Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. *J Abnorm Child Psychol*. 39, 1073-83.

Gul, H. & Gurkan, C. K. (2016). Child Maltreatment and Associated Parental Factors Among Children With ADHD: A Comparative Study. *Journal of Attention Disorders*, 1 (11).

Hadianfard, H. (2014). Child abuse in group of children with attention deficit hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2), 77-84.

Hannesdottir D. K., Ingvarsdottir, E., & Bjornsson, A. (2017). The outsmarters program for children with ADHD. *J Atten Disord*. 21(4), 353-364.

Heinonen, K., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Sture Andersson, S., Kajantie, E., Eriksson, J. G., Wolke, D., & Lano, A. (2010). Behavioural symptoms of attention deficit/ hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: A longitudinal study. *BMC Pediatrics*, 10-91.

Herbert, S. D., Harvey, E. A., Roberts, J. L., Wichowski, K., & Lugocandelas, C. I. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families hyperactive preschool aged children. *Behavior Therapy*, 44, 302-316.

Hora, A. S., Ramos, F. S., Pontes, M., F., & Nobre, J. P. (2015). A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. Universidade Federal do Pará, Brasil. *Psicologia*. 29 (2).

Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid Mental Disorders In Children And Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder In A Large Nationwide Study. *Adhd Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.

Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional/Conduct Problems: Links to Parent-Child Interactions Jcanacad child adolesc psychiatry. 16(2),74-79.

Kang, K. D., Han, D. H., Kim, S. M., Bae, S., & Renshaw, P. F. (2016). The Correlation Between Cognitive and Movement Shifting and Brain Activity in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19.

Kaefer, H. (2008). Avaliação psicológica no transtorno de atenção. In: Rotta, N. T., Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M, M. *Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental*. Aletheia Canoas. (28), 91-103.

Klimkeit, E.L., Mattingley, J. B, Sheppard, D. M, Lee, P., & Bradshaw, J. L. (2005). Motor Preparation, motor execution, attention, and executive function in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*. 11(2), 153-73.

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Knapp, P., Rohde, L. A., Lyszkowski, L., & Johannpeter, J. (2002). *Terapia Cognitiva-Comportamental No Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade-Manual do Paciente*. Adaptação Brasileira. Porto Alegre: Artmed.

Kunrath, L. H., & Wagner, A. (2009). Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com crianças com TDA/H. *Cadernos de Educação*, 32, 251-265.

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service use for us Children With ADHD. *Pediatrics*. 127(3), 462-70.

Laraia, R. B. (1993). *Cultura: um conceito antropológico*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p.28; 46.

Leonardi, J. L., & Borges, N. B. (2012). A modelagem como ferramenta de intervenção. In N. B. Borges et al. (Orgs.), *Clínica analíticocomportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed. 17. 166-170.

Lemelin, G., Lafortune, D., & Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique desécrits. *Canadian Psychologic Canadienne*, 47(3), 211-228.

Lemes, C. B, & Ondere Neto, J. (2017) Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas psicol.* 25(1) 17-28.

Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M. & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-bein*. 14 (1).

Leung, C., Tsang, S., Gene S. H. Ng., & Choi, S. Y. (2017). Efficacy of parent-child interaction therapy with chinese ADHD Children: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*. 27(1), 36-47.

Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm Birth and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Schoolchildren. *Pediatrics*, 127-858.

Lipp, M. E. N., & Guevara, A J. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Estudos de Psicologia*. 3(11), 43-9.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*, Casa do Psicólogo.

Luri, A.R. (1981). *Fundamentos de Neuropsicologia*; tradução de Juarez Aranha Ricardo. Livros Técnicos e Científico. São Paulo; Universidade de São Paulo.

Macarini, S. M., Martins, G. D. F., Minetto, M. F. J., & Vieira, M. L. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 119-134.

Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology. Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley. 4,1-101.

Machado, A. C., Bello, S. F., & Borges, K. K. (2017), *Transtorno De Deficit De Atencao/Hiperatividade (TDAH)*. São Paulo. Editora: BOOK TOY. 138.

Maia, M. I. R., & Confortin, H. (2015). TDAH e aprendizagem: um desafio para a educação. *Perspectiva, Erechim*, 39(148), 73-84.

Maleki, Z. H., et al. (2014). Barkley's parent training program, working memory training and their combination for children with ADHD: *Attention deficit hyperactivity disorder. Iran Journal Psychiatry*, 9(2), 47-54.

Marino, R. L. F. (2015). Práticas educativas parentais e sua relação com o perfil comportamental e desempenho cognitivo de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. 171f. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

Martin, M. A. F. (2011). Grupo de suporte familiar e treino de práticas parentais e habilidades sociais para pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams. 120 f. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

Martin, M. A. F. (2016). Elaboração, aplicação e avaliação de um programa sociodramático para suporte emocional e desenvolvimento de papéis sociais em grupo de pais de pessoas com deficiência intelectual. 159 f. Tese de Doutorado. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

Martin, M. A, F., Teixeira, M.C.T.V., & Carreiro, L.R.R (org.) (2014). *Orientações para promoção de saúde mental e qualidade de vida em pais e seus filhos com Síndrome de Williams* (livro eletrônico). Memnon, São Paulo, SP.

Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2011). Empathy and social perspective taking in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 107-118.

Melo, Z. M. (2000). *Família e Cultura: uma reflexão*. Revista Symposium, (2): 78-81

Menezes, S. L., & Souza, M. C. B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131.

Mesquita, M. L. G. (2012). Desenvolvimento, Implementação e avaliação de um programa de treinamento parental para manejo de comportamentos de crianças e adolescentes com a Síndrome de Prader Willi. 221 f. Tese de Doutorado. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo-SP, Brasil.

Mesulam, M. M. (1985). *Principles of Behavioral Neurology* (Contemporary Neurology Series). (1^o ed.): Oxford University Press, 432.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 05 (01).

Miranda, M. C., Sinnes, E. G., Pompéia, S., & Bueno, O. F. A. A. (2008). Comparative study of performance in the conners' continuous performance test between brazilian and north american children. *Journal of Attention Disorders*, (11), 588-598.

Miranda, M. C. Barbosa, T., Muszkat, M., Rodrigues, C. C., Sinnes, E. G., Coelho, L. F. S., Rizzuti, S. Palma, S. M. M. & Bueno, O. F. A. (2012). Performance patterns in conners' CPT among children with attention deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 91-96.

Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2014). Psicólogos e TDAH: Possíveis Caminhos para Diagnóstico e Tratamento. *Constr. Psicopedag.* 22(23), 81-90.

Modesto-Lowe, V., Chaplin M., Godsay V. & Soovajian V. (2014). Parenting teens with attention-deficit/hyperactivity disorder: challenges and opportunities. *Clin Pediatr (Phila)*. 53(10):943-8.

Monteiro, C. B. (2014). TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. Uninasalle*.

Montiel, J. M., & Seabra, A. G. (2012). Teste de Trilhas: Partes A e B. In A. G. Seabra, A. G. & Dias, N. M. *Avaliação Neuropsicológica Cognitiva: Atenção e Funções Executivas*, 79-85. São Paulo-SP: Editora, Memnon.

Montoya, A., Colom, F. & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic. *Journal of the European Psychiatri*, 26 (3), 166–175.

Mulqueen, J. M., Bartley, C. A., & Bloch, M. H. J. (2015). Meta-analysis: parental interventions for preschool ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 118-124.

Nallin, C. G. F. (2005). *Memorial de Formação: o papel dos jogos e brincadeiras na Educação Infantil*. Campinas.

Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.

Ndukuba, A. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T., & Omigbodun, O. O. (2014). ADHD Among Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. *Journal of Attention Disorders*.

Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic Theory and findings in attention deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challengers for the coming decade. *Biol Psychiatry*, 57(11),1424-35.

Normand, S., Ambrosoli, J., Guiet, J., Soucisse, M. M., Schneider, B. H., Maisonneuve, M. F., Lee, M. D., & Tassi, F. (2017). Behaviors associated with negative affect in the friendships of children with ADHD: An exploratory study. *Psychiatry Research*, (247) 222-224.

Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 617-627.

Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2018). Psicoeducação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O Que, Como e Para Quem Informar? *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 26 (1), 243-261.

Ondrejka, I., Abali, O., Paclt, I., Gácsér, M., Iftene, F., Walton, R., Harrison, G., Treuer, T., & Martényi, F. (2010). A prospective observational study of attention-deficit/hyperactivity disorder in Central and Eastern Europe and Turkey: symptom severity and treatment options in a paediatric population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(2), 116-126.

Pacheco, J. T. B., Silveira, L. M. O. B., & Schneider, A. M. A. (2008). Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, 39(1), 6673.

Pastura G. M. C, Mattos P, & Araújo A. P. Q. C. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 324-9.

Pastura, G., Mattos, P., Gasparetto, E. L., & Araújo, A. P. Q. C. (2011). Advanced techniques in magnetic resonance imaging of the brain in children with ADHD. *Arq Neuropsiquiatria*, 69(2), 242-252.

Paula, C. S., Lauridsen-Ribeiro E., Wissowiii L., Bordin I.A.S., & Evans-Lackoi S. (2012). How to Improve The Mental Health Care of Children and Adolescents In Brazil: Actions Needed In The Public Sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 334-341.

Pedroso, B., Pilatti, L. A., & Reis, D. R. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Curitiba: *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 02 (01).

Pereira, V. R. C., Santos, T. M. M. & Feitosa, M. A. G.. (2013). Sinais comportamentais dos Transtornos do Déficit de Atenção com Hiperatividade e do Processamento Auditivo: a impressão de profissionais brasileiros. *Audiol., Commun. Res.* 18(1), 1-9.

Pesce, R. P. (2009). Problemas de comportamento externalizantes na infância. A violência em foco. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, *Escola Nacional de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Pettersson, E., Sjölander, A., Almqvist, C., Anckarsäter, H., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2015). Birth weight as an independent predictor of ADHD symptoms: a within-twin pair analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 453-459.

Phelan, T.W. (2005). TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade 1. ed. São Paulo-SP: Editora: M Books do Brasil.

Pievsky, M. A., Robert E. McGrath, R. E. (2017). The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-15.

Pimenta, L. C. A. (2014). Treinamento de Pais em Grupo para Tratamento de Sintomas Externalizantes em Crianças com TDAH: Eficácia e Preditores Psicopatológicos. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. Mestre em Neurociências. Área de concentração: *Neurociências Clínicas Belo Horizonte*.

Pinheiro, M. I. S., Del Prette, A., & Haase, V. G., (2002). Pais Como Co-Terapeutas: Treinamento Em Habilidades Sociais como Recurso Adicional (Relatório Técnico. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, *Departamento de Psicologia, Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento e Laboratório de Psicologia da Família*, 3(1), 1-42.

Pinheiro, Â. F. S. (2015). Técnicas e Dinâmicas de Trabalho em Grupo-Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde Ministério da Educação Montes Claros. *Instituto Federal do Norte de Minas Gerais*, (11), 58-24.

Posner, M. I. Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, v. 13, 25-42.

Ratti, A., Pereira, M. T. F., & Centa, M. L. (2005). A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde, Desenvolvimento*, Curitiba, 7 (1), 60-68.

Raya-Trenas, A. F., Herreruzo-Cabrera, J. & Pino-Osuna, M. J. (2008). E Estilo de Crianza Parental y Su Relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.

Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M. & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em Hutz, C. S.

(Org.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp. 9-51). São Paulo-SP: *Revista: Casa do Psicólogo*.

Reppold, C. T., Serafini, A. J., Ramires, D. A., Gurgel, L. G. (2017). Análise dos manuais psicológicos aprovados pelo SATEPSI para avaliação de crianças e adolescentes no Brasil. *Avaliação psicológica*, 16(1), 19-28.

Rinhel-Silva, C. M., Constantino, E. P., & Rondini, C. A. (2012). Família, adolescência e estilos parentais. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 221-230

Ribeiro, R. (2017). Pais permissivos - crianças em risco. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 8(1).

Ribeiro, A. F., Marino, R. L. F., Cantiere, C. N., Teixeira, M. C. T. V., Rocha, M. M., Schwartzman, J. S., & Carreiro, L. R. R. (2017). Contribuição de múltiplos informantes para avaliação comportamental de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade, Porto Alegre. *Revista Psico*, 48(4), 295-305.

Richaud, M. M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.

Rocha, M.M. (2009). Programa De Habilidades Sociais com Pais: Efeitos sobre Desempenho Social e Acadêmico de Filhos com TDAH. Programa de Pós-Graduação Em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.

Rocha M. M., & Del Prette Z. A. P. (2010). Habilidades Sociais Educativas para Mães de Crianças Com TDAH e A Inclusão Escolar. *Psicol Argum*. 28(60):31-41.

Rocha, M. M., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). Avaliação de um Programa de Habilidades Sociais Educativas para mães de crianças com TDAH. *ACTA comportamental*, 21(3), 359-375.

Rocha, L. B. (2017). Efeito do Programa de Alfabetização e Raciocínio (par) no desempenho acadêmico e na expressão das funções executivas em crianças com dificuldades de aprendizagem. São Paulo. *Universidade Presbiteriana Mackenzie*, 135. 97-101.

Salvo, C. G. S., Silvaes, E. F. M., & Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 187-195.

Sánchez, C., Ramos, C., & Díaz, L. (2014). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: prevalence of risk in the scholastic scope of the Canary islands, 42(4), 169-175.

Sánchez, E. Y., Velarde, S., & Britton, G. B. (2011). Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a sample of Panamanian school-aged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(2), 243-255.

Sari Gokten, E., Saday Duman, N., Soyulu, N., & Uzun, M. E. (2016). Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 62, 1-9.

Sedó, M., Paula, J. J., & Malloy-Diniz, L. F. (2015). FDT –Teste dos Cinco Dígitos/Manual. São Paulo. Editora Hogrefe Cetepp.

Sena, S., & Silva, D. N. O. (2007). *Transtorno de déficit de atenção hiperatividade/impulsividade*. Porto Alegre: Editora: Artmed.

Shah, R., Sharma, A., Grover, S., Chauhan, N., & Jhanda, S. (2017). Parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *European Psychiatry*, (41) 303-303.

Shah, R. Grover, S., & Avasthi, A. (2019). Clinical practice guidelines for the assessment and management of attention-deficit/hyperactivity disorder, Indian, *Journal of Psychiatry*, 61 (8), 176-193.

Silva, C. B., Bertolino, E. F., Silva, E. B., Mota, G. S., Silva, M. J., Silva, T. L., & Moura, G. C. (2016). Avaliação Neuropsicológica. *Neuropsicologia. Neurociências. periodicos.set.edu.br Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e da Saúde*, Maceió, 3(2), 13-28.

Simões, M. F., Rodrigues, L., Esgalhado, G. & Guimarães, C. (2008). Desenvolvimento do autoconceito pela tutoria pedagógica por crianças do primeiro ciclo. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12 (2), 327-336.

Siqueira, C. M., & Gurgel-Giannetti, J. (2011). Mau desempenho escolar: uma visão atual. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 57(1) 78-87.

Sonuga-Barke, E. J. S., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 345-355.

Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6).

Sucksdorff, M., Lehtonen, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., & Sourander, A. (2015). Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*.

Swadi, H., Bobier, C., Price, L., & Craig, B. (2010). Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 18(1), 53-58.

Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 51(3), 171-172.

Taanila, A. M., Hurtig, T. M., Miettunen, J., Ebeling, H. E., & Moilonen, I. K. (2009). Association between ADHD symptoms and adolescents' psychosocial well-being: a study of the Northern Finland Birth Cohort Int J Circumpolar Health. 68(2), 133-44.

Talaei, A., Mokhber, N., Abdollahian, E., Bordbar, M. R. F., & Salari, E. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: a survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *Journal of Attention Disorders*, 13, 386-390.

Teixeira, M. C. T. V., Marino, R. L. F., & Carreiro, L. R. R. (2015) Associations between inadequate parenting practices and behavioral problems In Children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Scientific World Journal*, 683062.

Teixeira, M. C. T. V., Emerich D. R., Orsati, F. T., Rimério, R. C., Gatto, K. R., Chappaz, I. O., & Kim, C. A. (2011). A description of adaptive and maladaptive behaviour in children and adolescents with Cri-du-chat syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 132-137.

Teixeira, M. C. T. V. et al. (2010). Problemas de comportamento em síndromes genéticas. Dados preliminares brasileiros de crianças e adolescentes com síndrome de williams, síndrome de prader willi e síndrome de down. In Hubner, M. M. C.; Garcia, M. R. et. Al (Eds.). Sobre comportamento e cognição: avanços recentes das aplicações comportamentais e cognitivas. São Paulo. *Editora Esetec*, (26), 249-263.

Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3(1) 1-12.

Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Ridha Joobar, R. (2017). Attention and executive function in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders. *J can acad child adolesc psychiatry*, 26(1), 21-30.

Teruya, M. T. (2000). A historiografia da família brasileira: bases e perspectivas de análise. In: *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais)*; Caxambu/ MG, p.1-25.

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 387 (10024), 1240–1250.

Tisser, L. (2016). *Baralho do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Novo Hamburgo. Sinopsys.

Toni, C. G. S., & Hecavei, V. A. (2014). Relações entre práticas educativas parentais e rendimento acadêmico em crianças. *Psico-USF*. 19(3), 511-521.

Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J., Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S. O., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(1), 67-73.

Watkins, M. W., & Coffey, D. Y. (2004). Reading motivation: Multidimensional and indeterminate. *Journal of Education Psychology*, 96, 110-118.

Wagner, F., Rohde, L. A., & Trentini, C. M. (2016). Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. *Psico-USF*. 21(3), 573-582.

Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler De Inteligência Para Crianças – WISC-IV. Adaptação Brasileira*. São Paulo-SP: Editora: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2014). *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência: WASI*. Manual Técnico. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Weber, L.N. D. (2007). *Eduque com carinho. Equilíbrio entre amor e limites*. Curitiba. Editora: Juruá.

Weber, L.N. D., Salvador, A. P., & Brandenburg. O. J. (2014). *Programa de qualidade na interação familiar*. Curitiba. Editora: Juruá.

Weber, L. N. D., Brandenburg, O., & Salvador, A. P. (2006). Programa de qualidade na interação familiar (PQIF): *orientação e treinamento para pais*. Universidade Federal do Paraná (UFP), 37(2) 139-149.

Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G. & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações transmissão intergeracionais de estilos parentais. *Paidéia*, 16 (35), 407-414.

Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicol. Reflex. Crit.* 17(3) 323-331.

Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting estresse and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.

Zimmerman, D. E. (2007). A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo*, 4(4), 1-16.

Zimmerman, D. E. (1997). Como trabalhamos com grupos/ Zimmerman, D. E., & Osorio, L. C. Porto Alegre. Editora: Artes Médicas.

Anexo 1 - Questionário de Classificação Socioeconômica

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-2016: Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado. Vamos começar? No domicílio tem: (LEIA CADA ITEM).

Itens de Conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
Quantidade de banheiros.					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex.					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
Quantidade de lavadora de louças.					
Quantidade de fornos de micro-ondas.					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição.
2	Poço ou nascente.
3	Outro meio.

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada.
2	Terra/Cascalho.

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental Incompleto.	Analfabeto/Primário Incompleto.
Fundamental Completo / Fundamental II incompleto.	Primário Completo/Ginásio Incompleto.
Fundamental completo/Médio Incompleto.	Ginásio Completo/Colegial Incompleto.
Médio completo/Superior Incompleto.	Colegial Completo/Superior Incompleto.
Superior Completo.	Superior Completo.

Anexo 2 - Questionário- Roteiro de Adesão ao Programa e Nível de Satisfação

Por favor responda as questões a seguir, de acordo com a sua percepção, com relação ao desenvolvimento das atividades realizadas nos encontros. Fique à vontade para colocar suas impressões e sugestões. O participante não será identificado.

1. Qual o nível de satisfação com a qualidade dos encontros que você participou?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

2. Qual foi a importância das apresentações teóricas para seu conhecimento sobre TDAH e sobre práticas educativas parentais?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

3. Como você avalia a contribuição do treino das práticas educativas na relação com seu filho(a) ?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

4. Como você avalia a contribuição do treino das habilidades sociais na relação com seu filho(a) ?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

5. Quanto aos exercícios junto ao grupo, qual o grau de satisfação?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

6. Como você avalia a contribuição dos exercícios e sugestões de atividades para fazer em casa, para a relação com seu filho(a) ?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

7. Quanto ao treinamento realizado em cada encontro, como você avalia a sua contribuição para a interação com seu filho(a) ?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

8. Como você avalia após os encontros, a sua habilidade de se colocar no lugar do seu filho (a)

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

9. Como você avalia após os encontros, a sua habilidade de negociar regras e limites com seu filho (a)

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

10. Como você avalia a sua habilidade de elogiar os comportamentos adequados de seu filho?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

11. Como você avalia, após os encontros, a sua habilidade de dar feedback para seu filho (a)?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

12. Como você avalia que os encontros colaboraram para você conversar com seu filho (a) sobre o que é certo e errado de maneira assertiva (nem agressiva e nem passiva)?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

13. Como você avalia que os encontros colaboraram para você se sentir menos ansioso(a)?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

14. Como você avalia que os encontros colaboraram para você perceber o suporte dos amigos e da família?

Excelente () Muito bom () Bom () Médio () Ruim ()

INCLUA, POR ESCRITO, A SUA OPINIÃO A CADA UMA DAS PERGUNTAS A SEGUIR.

Anexo 3 - Roteiro de Anamnese – Reavaliação

Nome do entrevistador: _____ Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome:()mãe ()pai ()outro_____.			
Sexo: () masculino		() feminino Profissão:	
Data de Nascimento: ___/___/_____		Idade:	Estado Civil:
Formação:		Ocupação:	
Endereço Res.			
Telefones	Res.:	Cel.:	Com.:

IDENTIFICAÇÃO DO FILHO

Nome:			
Sexo: () masculino		() feminino	
Data de Nascimento: ___/___/_____		Idade:	Escolaridade:
Escola:		() Pública	() Privada
Repetiu de ano?() Sim() Não		Qual(is)?	
Motivo:			

CONSTITUIÇÃO FAMILIAR DA CRIANÇA:

Outro Cônjuge				
Idade/Instrução				
Profissão				

Nome dos Irmãos					
Idade/Instrução					
Sexo					

Com quem mora atualmente a criança?	() Mãe () Pai () Avó () Avô () Irmãos () Madrasta () Padrasto () Tios () Primos
	Obs.:

HISTÓRICO ATUAL DA QUEIXA DA CRIANÇA

Qual é a queixa atual?

Como os problemas evoluíram desde a avaliação anterior?

Que outras avaliações foram realizadas? (Psicólogo, fonoaudiólogo, neurologista, psiquiatra, terapia ocupacional)
 – Após avaliação realizada em nosso protocolo?

Quais as intervenções/tratamentos realizados para essas queixas/dificuldades?

Quais são os problemas de comportamento mais preocupantes?

Quais dificuldades cognitivas mais preocupantes? (*Ex. prestar atenção, guardar na memória, se organizar, dificuldade para aprender, etc.*)

Quais são as dificuldades dentro do ambiente escolar? (*Problemas de aprendizagem, comportamento com os colegas e professores*). Quais são suas atitudes frente a isso?

Quais são as dificuldades em casa? (*Problemas de aprendizagem, comportamento com os colegas e familiares*).
 Quais são suas atitudes frente a isso?

Como é a interação social do seu filho(a)? (Maneira que brinca, que interage com outros da mesma idade, nos ambientes sociais)

Descreva situações de interação familiar com seu filho(a). (*Ex. Atividades de lazer, brincadeiras, férias, etc*)

Anexo 4 - Questionário de Sinais de Desatenção e Hiperatividade baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5.

Desatenção		Nunca ou Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
(a)	Não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades.				
(b)	Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.				
(c)	Parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.				
(d)	Não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres.				
(e)	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
(f)	Evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.				
(g)	Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.				
(h)	É facilmente distraído por estímulos externos.				
(i)	É esquecido em relação a atividades cotidianas.				

Hiperatividade e Impulsividade		Nunca ou Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
(a)	Remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira				
(b)	Levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado				
(c)	Corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado				
(d)	É incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente				
(e)	“Não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”.				
(f)	Fala demais				
(g)	Deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída				
(h)	Tem dificuldade para esperar a sua vez				
(i)	Interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão)				

Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção estavam presentes antes dos 12 anos de idade.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola e em casa).	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Há claras evidências de que os sintomas interferem com (ou reduzem a qualidade de) o funcionamento ocupacional, acadêmico e social.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Os sintomas podem ser melhor explicados por outra condição? (Há na opinião do entrevistado algo que explique os sinais?)	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Se Sim Descrever:

Anexo 5 - Treinamento: Baralhos do TDAH.

Orientação da atividade: Vou lhe mostrar 16 cartas com 8 sintomas que Frequentemente os meninos apresentam e 8 sintomas que Frequentemente as meninas apresentam e que podem acontecer com seus filhos (a). Peço-lhe que escolha todas as cartas que você identificar como sendo os apresentados pelo seu filho (a). Posteriormente anotá-las na Ficha de Registro.

Sintomas que Frequentemente seu (a) filho (a) apresenta:	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

Fonte: Baralho do TDAH (Tisser, 2016). Material Adaptado.

Anexo 7 – Comportamento Adequado e Inadequado

1ºDesafio de Casa

Escrever os comportamentos dos seus filhos
--

Comportamentos Adequados	Comportamentos Inadequados

Procure lembrar:

- O que você costuma fazer quando o seu filho se comporta de forma adequada?

--

- O que você costuma fazer quando o seu filho se comporta de forma inadequada?

--

Fonte: Pinheiro et al. (2002). Material adaptado

Anexo 8 - Atividade: Cena: Teatro Pais e Filhos.

CENA 1 A MAQUIAGEM DA MAMÃE	CENA 2 O BANHO
<p>_ Filha, eu já falei que você não pode brincar com a maquiagem da mamãe!</p> <p>_ . Mas, mãe, eu estou brincando de ir ao baile...</p> <p>_ . Mas não pode mexer nas minhas coisas, ainda mais na minha sombra caríssima.</p> <p>_ . Por favor, mãe, eu queria tanto ir bem chique na festa!</p> <p>_ . Não! (a mãe grita irritada) E feche já isso daí, guarde tudo! (Muito braba)</p> <p>A filha fecha a maquiagem e na hora que vai guardar no armário derruba tudo no chão, incluindo as sombras caríssimas. Nesse momento, o outro bebê se assusta com o barulho e começa a chorar e o telefone começa a tocar.</p> <p>_ . Não acredito, minha maquiagem.... Sua desastrada, você nunca faz as coisas direito, sempre com essa mão furada, viu por que não posso te emprestar nada?!</p> <p>A mãe fica muito nervosa, bate na filha e a leva de castigo para o quarto.</p> <p>_ . Vai ficar trancada no quarto sem almoço e não quero ouvir um piu!</p>	<p>O filho brinca na garagem com um amiguinho, a mãe vem e avisa que está na hora do banho:</p> <p>_ . Eu não vou tomar banho, quero ficar aqui!</p> <p>_ . Nada disso, já para o banheiro.</p> <p>_ . Ah manhê, deixa eu ficar aqui com o Lucas, por favor?!</p> <p>_ . Já para o banho, João Henrique!</p> <p>_ Só mais um pouquinho, mãe... – o filho fala já choramingando,</p> <p>_ . Não vou e não vou.... – o filho responde batendo o pé no chão.</p> <p>A mãe, muito nervosa com a teimosia do filho, pega o filho pela orelha para levá-lo para dentro de casa. Puxando a orelha do menino com força, grita com ele na frente do amiguinho:</p> <p>_ Escuta aqui, seu teimoso! Você vai tomar banho de qualquer jeito, você quer apanhar na frente do seu amigo?! Já pra dentro! E engole esse choro, que chorar é coisa de menina!</p>

Fonte: Weber et al. (2014, p. 52-53).

Anexo 9 - Treinamento de Habilidades. Teatro Pais e Filhos.

“Treino de Habilidades- Teatro Pais e Filhos. “

<p style="text-align: center;">CENA 1 A MAQUIAGEM DA MAMÃE</p>	<p style="text-align: center;">CENA 2 O BANHO</p>
<p>Exemplos de Inadequações observadas:</p> <p>Não oferecer brincadeira alternativa para a criança; gritar irritada; rotular e criticar a criação e não o seu comportamento (chamá-la de desastrada, mão furada que não faz as coisas direito); bater; trancar no quarto; deixar sem almoço.</p> <p>Alternativas:</p> <p>Antes de começar a brigar com a criança, a mãe poderia explicar que com aquelas maquiagens ela não pode brincar e oferecer uma alternativa, como, por exemplo, algumas maquiagens baratinhas. Quando a menina derruba a maquiagem no chão, a atitude mais correta seria fazer a criança limpar a sujeira que fez. Além disso, deve-se ressaltar que a irritação da mãe em uma situação como esta é natural, porém ela deve se controlar para não descontar na filha a sua raiva, mas sim corrigir adequadamente.</p>	<p>Exemplos de Inadequação observadas:</p> <p>Não dar aviso para a criança de que o tempo da brincadeira está acabando ou não oferecer um tempinho para que ela possa encerrar sua atividade; pegar o filho pela orelha; gritar, brigar e ameaçar bater no filho na frente do amiguinho; rotular e criticar a criança e não o seu comportamento (chamá-lo de teimoso); afirmar que expressão de sentimento e choro é coisa de menina.</p> <p>Alternativas:</p> <p>A mãe poderia negociar mais 5 ou 10 minutos com a criança (Você está em uma brincadeira tão legal, né? Pena que já está acabando o horário e temos outras para fazer. Então você tem mais 10 minutos para terminar sua brincadeira! Portanto quando for 18:20h eu venho te pegar para você tomar banho, ok?). A mãe pode avisar a criança que se ela obedecer na 2º chamada, vai sobrar mais tempo depois para fazerem alguma coisa juntas. A mãe deve cumprir com o combinado!</p>

Fonte: Weber et al. (2014, p. 56-57)

Anexo 10 - Discussão: Leitura do Texto: Reflexões de uma Mãe

1º Leitura de casa

- Escute, filho, enquanto falo isso, você está deitado, dormindo, uma mãozinha enfiada debaixo do seu rosto, os cachinhos molhados de suor grudados na frente. Entrei devagarzinho no seu quarto para pensar sobre o dia de hoje. Poucos minutos atrás, enquanto eu estava lavando a louça do jantar, fui tomada por uma sensação de remorso. Sentindo-me culpada, vim para ficar ao seu lado, mesmo que você esteja dormindo. Andei pensando em algumas coisas, filho: às vezes, tenho sido muito dura com você. Na hora em que se trocava para ir à escola, reclamei com você por não enxugar direito o rosto com a toalha. Chamei a sua atenção por não ter limpado os sapatos. Gritei furiosa com você por ter deixado cair o seu material de escola no chão. Durante o café da manhã, também impliquei com algumas coisas. Você derramou o café fora da xícara. Não mastigou direito a comida. Pôs o cotovelo sobre a mesa. Passou manteiga demais no pão. E quando começou a brincar e eu estava saindo para pegar o ônibus, você se virou e disse: “Tchau, mamãe!” E eu, franzindo a testa, respondi-lhe: “Endireite esses ombros!”
 - De tardezinha, tudo recomeçou. Voltei e quando cheguei perto de casa, vi-o ajoelhado, trocando figurinhas. Suas meias estavam rasgadas. Humilhei-o diante de seus amiguinhos fazendo-o entrar na minha frente. “As meias são caras, se você comprasse tomaria mais cuidado com elas” e fui fazer o jantar. Mais tarde, quando eu arrumava a cozinha, lembra-se de como me procurou timidamente, uma espécie de mágoa impressa nos seus olhos? Quando afastei meu olhar dos pratos, irritada com a interrupção, você parou à porta: “O que é que você quer?”, perguntei implacável. Você não disse nada, mas saiu correndo num ímpeto na minha direção, passou seus braços em torno do meu pescoço e me beijou. Seus braços foram se apertando com uma afeição pura que crescia em seu coração e que nenhuma indiferença conseguiria extirpar. A seguir, retirou-se subindo correndo os degraus da escada.
 - Bom, meu filho, não passou muito tempo e meus dedos se afrouxaram, a esponja escorregou por entre eles, e um medo terrível tomou conta de mim. O que estava o hábito fazendo de mim? O hábito de somente ficar achando erros, de fazer reprimendas... Era dessa maneira que o vinha recompensando por ser uma criança e por todas as alegrias que traz a essa família? Não que não o amasse, o fato é que eu esperava que você fosse perfeito em tudo e esquecia que você é uma criança que precisa aprender as coisas...e eu preciso ensiná-las.
 - E havia tanto de bom, de belo, de verdadeiro no seu jeito de ser. Seu coraçãozinho é tão grande quanto o sol que sobe por detrás das colinas. E isto eu percebi, de repente, com seu gesto espontâneo de correr e de dar-me um beijo de boa noite. Nada mais importa nesta noite, filho. Entrei na penumbra de seu quarto e ajoelhei-me ao lado da sua cama, envergonhada! Quantas outras coisas boas você fez hoje e eu não tinha conseguindo perceber.... Você disse ao papai, logo cedinho que ele estava muito elegante para ir ao trabalho e o deixou animado! Você ajudou uma joaninha a voar para fora da janela! Quando brincava com seu amiguinho, você lhe disse que gostava de ser seu amigo. Você elogiou a macarronada do almoço. Você arrumou suas revistinhas, uma em cima da outra, e apontou seus lápis de cor. Você sorriu para mim tantas vezes hoje... E eu não vi nada disso. Somente agora posso perceber quantas coisas boas você faz todos os dias e eu somente estou conseguindo prestar atenção nas coisas que acho erradas...
 - É uma expiação inútil, sei que, se você estivesse acordado, não compreenderia essas coisas. Mas amanhã eu serei uma mamãe mais tolerante! Serei sua amiga, sofrerei quando você sofrer, rirei quando você rir. Morderei minha língua quando palavras impacientes quiserem sair pela minha boca e vou prestar atenção em todas as coisas boas que você faz todos os dias!
 - Receio que o tenha visto até aqui como um homem feito, mas olhando-o agora, filho, encolhido no seu ninho, certifico-me de que você é um menininho. Ainda ontem estava nos meus braços, a cabeça deitada no meu ombro. Tenho de lhe ensinar sobre as regras e o mundo, mas preciso prestar mais atenção nas coisas boas de todos os dias.
 - Ser mãe e ser pai é responsabilizar-se pela obra-prima de Deus a criança. Não existe tarefa mais sagrada.
- (Adaptação do texto “O pai perdoa” de W. Livingston Larned)

Fonte: Weber et al. (2014, p. 45-47).

Anexo 13 - Atividade: Você Conhece Bem o Seu Filho.

Sugestões para as perguntas da caixinha (cada pergunta deve estar num papel diferente):

Meu programa de televisão favorito é...
O que mais gosto em mim é...
O que mais gosto de comer no jantar é...
Minha cor favorita é...
Minha música favorita é...
O que mais gosto na minha mãe...
Minha melhor matéria na escola é...
Quando tenho que trabalhar em casa, eu...
O que mais gosto no meu pai é...
Gosto de meu professor quando...
O nome do meu melhor amigo é...
Meu filme favorito é...
Quando tenho tempo livre, gosto de...
Quando crescer, quero...
Não gosto de pessoas que...
O que eu gostaria de mudar em mim é...
Se eu pudesse realizar um desejo eu...
Brigo muito com meu irmão porque...
Na escola, o que mais gosto é...
Uma coisa que me irrita muito é...
Um objeto que tem muito valor para mim é...
O animal que mais gosto é...
Acho minha mãe chata quando ela...
Acho meu pai chato quando ele...
Adoro quando minha mãe...
Adoro quando meu pai...
Meu desenho predileto...
Nome do meu melhor amigo...
Fico nervoso quando...
Minha profissão do futuro...
Tenho medo de...
Sinto falta de...
Sobremesa que mais gosto...
Brincadeiras que mais gosto...
Minha melhor amiga é...
Que horas gosto de dormir...
Meu esporte predileto...
Meu time predileto...
Fico feliz quando....
Minha mãe me alegra quando...
Meu pai me alegra quando...
Gosto quando minha mãe...
Gosto quando meu pai...
Meu irmão me irrita quando
Meu irmão me alegra quando...
Meu melhor amigo da escola é...

Fonte: Weber et al. (2014, p. 64-65) Material adaptado.

Anexo 15 - Discussão: Leitura do Texto: Paternidade Responsável.

2º Leitura de casa

_. Quanto você ganha, papai?

Essa foi a pergunta que o filho de sete anos fez ao seu pai, homem de negócios com quem ele pouco convivia. Tragado pelos compromissos profissionais do dia a dia, quando chegava em casa era facilmente vencido pelo cansaço, e não sobrava tempo nem para um breve diálogo com o filho. Os dias passavam, os meses se somavam e os anos se sucediam. Na vida daquele homem de negócios, a rotina era a mesma. Chegar em casa muito cansado, assistir ao último telejornal e entregar-se ao repouso. No dia seguinte, as cenas se repetiam. O tempo passava tão rápido que ele nem pensava em como estava crescendo seu menino. Não sabia quem eram seus professores, não conhecia os seus amigos, não sabia se o filho tinha alguma dificuldade na escola, se era feliz ou não. Afinal, pensava, um empresário não pode perder tempo com coisas pequenas.

Numa noite, igual a tantas outras que já haviam passado, o homem de negócios foi abordado pelo filho com uma pergunta inesperada:

_. Quanto você ganha, papai?

O pai imediatamente respondeu, como de costume, que já estava tarde e que não havia tempo para conversar. O filho insistiu:

_. Eu só quero saber quanto é que você ganha por hora, papai. Pode me responder, por favor?

O pai, vencido pela insistência do garoto, respondeu sem pensar muito:

_ Ganho dez reais por hora, agora vá para a cama.

O filho obedeceu e o pai foi tomar seu banho. Embaixo do chuveiro o industrial ficou pensando sobre o porquê daquela pergunta. Será que o menino estava precisando de dinheiro?

Após o banho dirigiu-se ao quarto do filho, que ainda estava acordado, e lhe perguntou:

_ Filho, por acaso você está precisando de dinheiro?

_. Sim, papai. Na verdade, preciso só de três reais.

_. Ora, não seja por isso, filho. Por que não falou antes?

Tirou o dinheiro do bolso e o entregou ao filho. O garotinho pegou as cédulas e, rapidamente retirou algumas notas que estavam embaixo do travesseiro e juntou às demais dizendo:

_. Agora já tenho o suficiente para comprar uma hora do seu tempo, papai. Eu guardei esse dinheiro para poder pagar o seu tempo, que é muito importante, como você mesmo diz. Pegue os dez reais e converse e brinque comigo por uma hora. Uma hora inteirinha só para nós dois.

O pai deu-se conta de como havia sido distraído e displicente na sua posição. Chegou ao topo nos negócios, mas negligenciou as tarefas da paternidade.

Pense nisso! Será que seu filho precisa pagar para ter um pouco do seu tempo? A paternidade responsável é missão grandiosa que não comporta demissão. Ser pai é para sempre. Ser pai é estar presente e participativo todos os dias do ano.

(Texto retirado da Internet, de autoria não identificada)

Fonte: Weber et al. (2014, p. 67-68).

Anexo 16 - Expressando sentimento de amor.

3ºDesafio de Casa

Anote pelo menos três ocasiões em que conseguiu transformar o seu amor em ação, em prática. E reflita se foi fácil ou difícil e como foi a reação do seu filho.

1º Situação:

2º Situação:

3º Situação:

Fonte: Weber et al. (2014, p. 70) Material adaptado.

Anexo 17- Atividade: Relaxamento.

Podem encontrar a posição mais confortável possível. Agora você vai fechar os olhos. Esqueça todos os problemas lá de fora e concentre-se somente na sua respiração.... Inspire e expire lentamente, mais uma vez.... Volte a sua atenção para seu corpo. Sinta todo o seu corpo bem pesado... Cada vez que soltar o ar, relaxe mais e mais, soltando todas as suas tensões.

Vou contar até cinco e você vai enxergar os números na sua frente: 1,2,3,4,5. Agora se deixe levar pela sua imaginação. Você voltou à sua infância, está na casa onde você morava quando era criança... perceba como é a casa, como são os cômodos.

Perceba quem está nesta casa. São seu pais... irmãos... avós... visitas... Como você interage com estas pessoas? Como é a relação com seus pais? O que eles fazem que você não gosta ou que te deixa triste, magoado? O que eles fazem que você mais gosta?

Tente lembrar de um momento que te marcou. Agora, você está se sentindo muito bem e vai voltar a atenção para como se sente nesse momento.

Vou contar de cinco a um, e gradativamente você vai saindo do estado de relaxamento, retomando sua consciência, quando chegar no “um” você poderá abrir seus olhos, 5, 4, 3, 2, 1. Pode abrir os olhos.

Fonte: Weber et al. (2014, p. 72)

Anexo 18 - Atividade: Voltando no Tempo – Escrever.

Escreva na coluna 1, um comportamento adequado que você emitiu quando era criança ou adolescente e como foi a reação do seu pai/cuidador. Na coluna 2, quais foram os seus sentimentos. Na coluna 3, escreva um comportamento inadequado que você emitiu quando era criança ou adolescente e como foi a reação do seu pai/cuidador. Na coluna 4, quais foram os seus sentimentos.

Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
(Comportamento ADEQUADO do filho e reação dos pais)	Sentimentos	(Comportamento INADEQUADO do filho e reação dos pais)	Sentimentos
1			
2			
3			
4			

Fonte: Weber et al. (2014, p. 73) Material adaptado

Anexo 19 - Atividade: Voltando no Tempo – Pintar.

Pintar de “verde” os quadrados – as reações de seus pais (após o que já aprenderam na intervenção) que você considera que foram adequadas para educar. Pintar de “vermelho” os quadrados – as reações de seus pais (após o que já aprenderam na intervenção) que você considera que não foram adequadas para educar. Pintar de “amarelo” os círculos – todas as reações de seus pais que hoje você repete com seus filhos.

Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
(Comportamento ADEQUADO do filho e reação dos pais)	Sentimentos	(Comportamento INADEQUADO do filho e reação dos pais)	Sentimentos
1  	 	 	 
2  	 	 	 
3  	 	 	 
4.  	 	 	 

Fonte: Weber et al. (2014, p. 80).

Anexo 20 - Leitura do Texto: Perdão.

3º Leitura de casa

A história conta que dois amigos estavam andando pelo deserto. Durante algum ponto da viagem eles tiveram uma discussão e um bateu no outro no rosto. O que levou o tapa no rosto, sem falar nada, escreveu na areia: Hoje, meu melhor amigo me bateu no rosto.

Eles continuaram a andar até que encontraram um oásis onde resolveram tomar banho. Mas, de repente, o que havia levado o tapa ficou preso na lama e começou a se afogar, mas o amigo o salvou.

Depois de ter se recuperando, ele novamente escreveu, mas desta vez em uma pedra: Hoje, meu melhor amigo salvou minha vida.

O amigo que tinha lhe dado o tapa e salvo a vida do seu melhor amigo lhe perguntou: “Depois que eu te dei o tapa, você escreveu na areia e agora, você escreve sobre uma pedra, por quê?”

O outro amigo respondeu: “Quando alguém nos ofende, devemos escrever na areia onde os ventos do perdão se encarregam de apagar. Mas, quando alguém faz algo bom para nós, devemos gravar na pedra onde vento nenhum do mundo poderá apagar.”

Aprenda a escrever suas mágoas na areia, para gravar seus benefícios em pedra.

Fonte: [HTTP://pravstalk.com/the-sands-of-forgiveness](http://pravstalk.com/the-sands-of-forgiveness)
(Tradução Lídia Weber)

Fonte: Weber et al. (2014, p. 75).

Anexo 21 – Atividade: Relaxamento.

Imagens que aprofundam o estado de relaxamento.

Cena: Você está deitado na areia sobre uma toalha. Sente o calor agradável da areia sob seu corpo. Você olha a seu redor e observa o azul da água e do céu. Somente umas pequenas nuvens vão flutuando por ele. Você observa suas formas e sua brancura e como vão se movendo. O Sol encontra-se no alto do céu e seus quentes raios dissolvem a tensão de seu corpo. Você pode sentir como uma leve brisa roça sua pele, infundindo-se uma agradável sensação de tranquilidade. Você ouve as pequenas ondas do mar rompendo-se suavemente contra a orla da praia. Vai se sentindo cada vez mais relaxado e uma sensação de paz e de tranquilidade inunda todo o seu corpo. Você fixa o olhar no intenso azul do céu e em uma pequena nuvem mais além. Você se sente muito bem e goza de um grande relaxamento (Caballo, 2016).

Relata como você se sente:

Anexo 22 – Atividade. Divirta-Se Com Seus Filhos!

4º Leitura de casa

Certo dia um pai contou que quando os seus filhos eram pequenos, eles adoravam ter a “noite da família”. Eles traziam seus colchões para o quarto do casal e dormiam no chão. Mas de vez em quando, eles tinham uma “supernoite da família”. Esta era a noite em que todos dormiam no chão da sala. Não havia nenhuma razão lógica para que quatro pessoas com ótimas camas dormissem no chão, exceto que fazer isto era divertido.

Certa vez, durante uma palestra sobre vida familiar ele descreveu com mais detalhes a “supernoite da família”: - “Era fantástico! Nós nos deitávamos no escuro em frente à lareira, ouvindo fitas com histórias e comendo muito chocolate”.

Quando ele terminou de falar já sabia que estava em maus lençóis ao ver uma senhora caminhando em sua direção. Ele já havia falado em público o suficiente para reconhecer aquele tipo de olhar a uma quadra de distância. Ela o puxou para o canto e perguntou: - “Você acha certo incentivar as crianças a comerem chocolate antes de dormir? Seus dentes não vão se estragar?”

Esta é uma “desmancha-prazeres” em ação. Algumas pessoas não podem “farejar” um pouco de divertimento sem declarar guerra à chamada “imaturidade”! É claro que não foi satisfatória a explicação de que as crianças escovavam os dentes depois da “bagunça”.

As crianças adoram as pessoas que têm tempo não apenas para ensinar-lhes, mas também para divertir-se com elas. Eu gostaria de desafiá-las a surpreender seus filhos! Um pai que queria economizar luz na sua casa já havia ameaçado seus filhos de várias maneiras sem ter sucesso, pois eles continuavam deixando as luzes acesas. Até que um dia ele fez um cartaz com o nome de cada membro da família e colou na parede. Cada vez que uma pessoa apagava uma lâmpada que outro deixara acesa, ganhava um “X”. Após uma semana quem possuía mais “X” ganhava 5 segundos para que alguém viesse correndo apagá-la. A casa ficou mergulhada na escuridão. Todos estavam com medo de usar a eletricidade. Eu sei o que vocês estão pensando... Que isto durou pouco tempo. É verdade! Mas eu sei que daqui a 10 anos ou mais, quando alguém falar sobre economizar energia com esses filhos, eles dirão: - “Meu pai era doido, você nunca vai imaginar o que ele nos fazia fazer”. E eles vão rir novamente lembrando daquele tempo.

Raramente o divertimento é uma coisa cara. Divertimento é montar uma barraca no fundo do quintal e dormir lá com os filhos. É ir ao cinema durante a semana de aulas, e dizer quando se está no trânsito: - “O próximo carro que nós ultrapassamos vai estar sendo dirigido pelo tipo de homem com quem a Maria vai casar” (diga aqui o nome de um dos seus filhos). Ao se aproximar do carro, todos procurarão ver o motorista. As crianças certamente vão gargalhar com histeria e você terá que procurar manter a compostura.

É claro que existem perigos potenciais em todos estes exemplos. Você poderia pegar pneumonia dormindo no quintal; e nós sabemos que dormir tarde durante a semana de atividades escolares não é bom; também aquele homem no carro poderia não gostar da brincadeira e anotar a placa do seu carro... Mas provavelmente vale a pena, pelo menos de vez em quando, só pelas gargalhadas que a família dará junto.

Chegará o dia em que você terá que chorar com eles. Eles poderão ter 13 ou 33 anos e vocês colocarão os braços ao redor um do outro e passarão juntos pelas crises da vida. Não há lar imune a esse tipo de experiência. Mas a vida, familiar precisa ser como uma tapeçaria entrelaçando tempos difíceis com momentos de riso incontrolável.

Quando eles eram pequenos, você fazia cócegas neles para fazê-los rir... Nunca pare. Nas próximas férias, faça seus filhos sorrirem não porque ganharam o presente de Natal que desejavam, mas porque vocês viveram juntos uma situação engraçada. Procure alguma outra criança que não teve a bênção de ter pais como vocês e riam pouco com ela!

(texto extraído de Rob Parsons por L. R. Silvado)

Fonte: Weber et al. (2014, p. 34-35).

Anexo 23- Lista de Brinquedos (proposto pelos pais)

Para o 5º Desafio: Você deve escolher um brinquedo com a colaboração do seu filho. Durante os jogos e brincadeiras as crianças são expostas a pensar, refletir, analisar, experimentar e criar, neste momento você deve negociar as regras estabelecidas pelo jogo escolhido, como por exemplo, quantos participantes farão parte, como funciona o jogo, explicar que existem os perdedores e ganhadores e como funciona, etc. Você deve observar os sentimentos e as emoções envolvidas durante o processo (Borges, 2008).

JOGOS	TREINO DE HABILIDADES	AUTORES
UNO	Raciocínio.	Rocha (2017).
PICTUREKA	Atenção e Memória Operacional.	Rocha (2017).
LINCE	Linguagem Oral (Expressiva e Receptiva), (Nomeação Automática Rápida), Atenção, Discriminação Visual De Figuras, Percepção Auditiva, Memória Verbal, Memória Auditiva e Controle Inibitório.	Machado et al. (2017); Rocha (2017).
LINCE CART GAMES	Linguagem Oral (Expressiva e Receptiva), Nomeação Automática Rápida, Atenção (Discriminação Visual, Closures Visual, Figura Fundo), Controle Inibitório.	Machado et al. (2017); Rocha (2017).
XADREZ	Flexibilidade Cognitiva.	Rocha (2017).
LOTO CONSOANTES	Flexibilidade Cognitiva.	Rocha (2017).
REMATA	Memória Operacional.	Rocha (2017).
PEGA VARETAS	Coordenação Motora Fina, Sequencialização, Solução de Problemas, Programação Motora, Atenção, Raciocínio.	Machado et al. (2017); Rocha (2017).
TANGRAM	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Flexibilidade Cognitiva, Viso Construção Espacial.	Cantiere et al., (2012).
JOGO DOS SETE ERROS	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional, Viso Construção Espacial, Atenção, Coordenação Motora Fina, Planejamento e Organização Espacial, Raciocínio Lógico, Coordenação Visomotora e Memória.	Cantiere et al. (2012); Machado et al. (2017).
LABIRINTO	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Viso Construção Espacial.	Cantiere et al. (2012).
CONSTRUÇÃO DE BLOCOS	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional.	Cantiere et al. (2012).
QUEBRACABEÇAS	Planejamento, Atenção Concentrada, Atenção Difusa, Memória Operacional, Viso Construção Espacial.	Rocha, (2017); Cantiere et al. (2012).
DOMINÓ	Raciocínio, Memória, Atenção E Planejamento, Atenção Difusa, Atenção Concentrada E Memória Operacional	Rocha, (2017); Cantiere et al. (2012).
ACHANDO OS OPOSTOS	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva.	Cantiere et al. (2012).
SUDOKU COM IMAGENS	Raciocínio.	Rocha (2017).
DESENHOS ANIMADOS	Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva.	Rocha (2017); Cantiere et al. (2012).
CONTAR E RECONTAR HISTÓRIAS	Atenção Concentrada, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva, Memória E Planejamento.	Cantiere et al. (2012); (Rocha, 2017).
ORGANIZAR FIGURAS	Atenção Concentrada, Memória Operacional, Viso Construção Espacial, Flexibilidade Cognitiva.	Cantiere et al. (2012).
CAÇA PALAVRAS	Atenção, Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional.	Rocha (2017); Cantiere et al. (2012).

JOGO DE DAMAS	Flexibilidade Cognitiva.	Rocha (2017).
LIGAR PONTOS	Atenção Concentrada, Atenção Difusa, Memória Operacional, Flexibilidade Cognitiva.	Cantiere et al. (2012).
JOGOS DE MEMÓRIA	Atenção Difusa, Atenção Concentrada, Memória Operacional; Memória Operacional.	Rocha (2017); Cantiere et al. (2012); Rocha (2017).
PALAVRA CRUZADA	Consciência Fonológica.	Machado et al. (2017).
JOGO DA FORÇA	Consciência Fonológica.	Machado et al. (2017).
ADIVINHA O QUE É?	Consciência Fonológica.	Machado et al. (2017).
DITADO	Consciência Fonológica.	Machado et al. (2017).
CARA A CARA	Controle Inibitório.	Rocha (2017).
LIGUE 4	Planejamento.	Rocha (2017).
JENGA	Planejamento, Raciocínio.	Rocha (2017).
BOPIT	Memória.	Cantiere et al. (2012).

Anexo 24 – Atividade. Proposta de Observação: Regras e limites.

5ºDesafio de Casa

1. Na sua casa também existem as regras de diversão e felicidade? Não () Sim ()

Quais?

2. Antes de decidir sobre uma regra, pare e pense: por que ela precisa existir?

3. Que valores e princípios elas ensinarão a seus (a) filhos (a)?

Fonte: Weber et al. (2014, p. 35).

Anexo 25 – Relaxamento dos Músculos

Exercícios empregados para tensionar os diferentes grupos musculares.

Nº	Músculo	Exercício
1.	Mãos	Apertar os punhos.
2.	Antebraços	Dobrar os braços pelo cotovelo e apertar o antebraço contra o braço.
3.	Braços	Pôr os braços retos, com as mãos soltas, estendendo-os para a frente.
4.	Ombros	Erguer os ombros.
5.	Parte posterior do pescoço	Apertar o queixo contra o peito.
6.	Nuca	Apertar a nuca contra o encosto do sofá onde está apoiada a cabeça.
7.	Testa	Erguer as sobrancelhas, enrugando a testa.
8.	Olhos	Apertar as pálpebras.
9.	Boca	Abrir a boca tanto quanto possa. A seguir, apertar os lábios.
10.	Mandíbulas	Apertar as mandíbulas.
11.	Língua e parte interna do pescoço	Apertar a ponta da língua sobre a parte superior do palato, onde se junta com os dentes superiores.
12.	Peito	Puxar o ar pelo nariz, mantê-lo no peito e soltá-lo lentamente pela boca.
13.	Abdome	Empurrar para a frente os músculos abdominais.
14.	Nádegas	Empurrar para a frente as nádegas junto com os quadris.
15.	Coxas	Estender as pernas, levantá-las e estendê-las para fora.
16.	Panturrilhas	Estender as pernas para fora, com os dedos dos pés apontando reto.
17.	Pés	Curvar os dedos dos pés para baixo e, a seguir, estendê-los para cima.

Fonte: Caballo (2016).

Anexo 27 - Leitura do Texto: A casa dos mil Espelhos.

5º Leitura de casa

Tempos atrás, em um distante e pequeno vilarejo, havia um lugar conhecido como a casa dos mil espelhos.

Um pequeno e feliz cãozinho soube deste lugar e decidiu visitar. Chegando lá, saltitou feliz e subiu as escadas até a entrada da casa. Ele olhou a porta aberta e entrou com suas orelhinhas bem levantadas e a cauda balançando tão rapidamente quanto podia. Para sua grande surpresa, deparou-se com outros mil pequenos e felizes cãesinhos, todos com suas caudas balançando tão rapidamente quanto a dele. Ele abriu um enorme sorriso e foi correspondido com mil enormes sorrisos.

Quando saiu da casa, pensou: - “Que lugar maravilhoso! Voltarei sempre, um montão de vezes.”

Neste mesmo vilarejo, um outro pequeno cãozinho, que não era tão feliz quanto o primeiro, decidiu visitar a casa. Escalou lentamente as escadas, olhou a porta aberta e entrou. Lá dentro ele viu mil olhares hostis de cães que o olhavam fixamente. Ele rosnou e mostrou os dentes, ficou aterrorizado ao ver mil cães rosnando e mostrando os dentes para ele.

Quando saiu da casa, ele pensou: “Que lugar horrível, nunca mais volto aqui!”

(Texto retirado da Internet, folclore japonês)

Moral da História: Todos os rostos no mundo são como espelhos. Que tipo de reflexos você vê no rosto de seu filho?

Anexo 28 – Identificar Problemas e Atitudes.

7ºDesafio de Casa: Escreva uma ação “problema” durante a semana (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira, quinta-feira, sexta-feira, sábado e domingo) e anotar atitude “consequência”. Ex. Problema: Eu não consegui ajudar meu filho na tarefa de casa. Atitude/consequência: Ele fez sozinho.

DIA	PROBLEMA	ATTITUDE
SEGUNDA- FEIRA		
TERÇA- FEIRA		
QUARTA- FEIRA		
QUINTA- FEIRA		
SEXTA- FEIRA		
SÁBADO		
DOMINGO		

Fonte: Knapp, Rohde, Lyszkowski e Johannpeter (2002) Material Adaptado

Anexo 29 – Estimulando a Autonomia.

8ºDesafio de Casa: Experimente deixar o seu filho (a) fazer alguma coisa sozinho, como por exemplo: organizar os brinquedos; arrumar o material escolar, colocar o sapato, escolher roupa, jogar o lixo.

Nº	Tarefa a ser realizada.	Orientação do Pai.	Resultado da tarefa Realizada.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

