ANAÍSA LEAL BARBOSA ABRAHÃO

Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivências escolares, recursos e dificuldades das famílias e de professores de alunos com TDAH: caracterização e intervenção

RIBEIRÃO PRETO – SP

2021

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Anáísa Leal Barbosa Abrahão

Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivências escolares, recursos e dificuldades das famílias e de professores de alunos com TDAH: caracterização e intervenção

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Carla dos Santos Elias.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Abrahão, Anaísa Leal Barbosa

Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivências escolares, recursos e dificuldades das famílias e de professores de alunos com TDAH: caracterização e intervenção

Ribeirão Preto, 2021.

277 p. : il. ; 30 cm

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Elias, Luciana Carla dos Santos.

1. TDAH. 2. Crianças e Adolescentes. 3. Habilidades Sociais. 4. Habilidades Sociais Educativas Parentais. 5. Problemas de Comportamento. 6. Recursos Familiares. 7. Escola. 8. Desempenho Acadêmico. 9. Intervenção Psicológica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anaísa Leal Barbosa Abrahão

Título: Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivências escolares, recursos e dificuldades das famílias e de professores de alunos com TDAH: caracterização e intervenção.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em: ____/____/2021

Banca Examinadora

Prof. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias

Instituição: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (USP). Assinatura: _____

Prof. Dra. Sylvia Domingos Barrera

Instituição: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (USP). Assinatura: _____

Prof. Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Instituição: Universidade Estadual Paulista, Bauru (UNESP). Assinatura: _____

Prof. Dra. Irani Lauer Lellis

Instituição: Universidade Federal do Oeste do Paraná (UFOPA). Assinatura: _____

*Dedico este trabalho ao meu esposo, Tarcísio,
pelo companheirismo, amizade e amor.*

*À minha filha, Catarina, e ao meu filho, Augusto,
por fazerem da minha vida, uma celebração.*

*À minha avó, Maria, pelo carinho, cuidado e
incentivo, mesmo sem saber o que isto significava.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias, pelo exemplo de educadora e pesquisadora. Por tudo que me ensinou, pelas risadas e parceria. Por acreditar em mim. Por tornar isso possível.

Às Professoras Dra. Irani Lauer Lellis, Dra. Sylvia Domingos Barrera e Dra. Vanessa Romera Leme, por tanta generosidade ao tecerem considerações valiosas a este trabalho contribuindo amplamente para a minha formação pessoal e profissional.

À Professora Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva, pelas ricas e generosas contribuições e, em especial, por me supervisionar na aplicação dos Programas: Promove-Crianças e Promove-Pais, essencial para a realização das intervenções.

Ao meu esposo, por ter me dado condições concretas e emocionais para tudo o que foi realizado aqui.

À minha mãe Iraci, às minhas irmãs, Ana Paula e Ana Elisa, e ao meu pai, Paulo, pelo apoio e incentivo neste período.

À minha sogra Regina, ao meu sogro Joel, e a bisã Leila, por cuidarem dos nossos filhos.

À Carol, amiga com a qual tive as primeiras conversas sobre cursar o mestrado.

Às crianças, adolescentes, mães, pais, avós, avôs, escolas e professoras participantes, por contribuírem e por confiarem neste trabalho.

À Secretaria Municipal de Educação de Franca, pelo aceite e apoio em todas as etapas deste estudo.

Às/os pareceristas e editora/es das Revistas, que contribuíram para o aprimoramento dos Estudos.

À Secretaria e aos funcionários da Pós-Graduação da FFCLRP, por todas as orientações.

Às/os docentes da FFCLRP, que conheci neste percurso, pelos ensinamentos.

Às colegas da Pós, Regiane Kosmoski, Caroline Vitorazzi, Larissa Duraes e Larissa Melo, pelas conversas, cafés e partilha.

Às colegas do LAPEES, pelas trocas e apoio mútuo.

À Universidade de São Paulo, pela oportunidade.

À Capes, pelo financiamento deste estudo.

Obrigada!

“Lindo no horizonte

O amanhã que eu nunca esqueci

Doce lembrança do sonho

Que eu vejo daqui...” (“Mais bonito não há”; Milton Nascimento / Tiago Iorc)

RESUMO

Abrahão, A. L. B. (2021). Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivências escolares, recursos e dificuldades das famílias e de professores de alunos com TDAH: caracterização e intervenção. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade, interferindo negativamente no desenvolvimento. As habilidades sociais são consideradas fator de proteção, podendo auxiliar crianças e adolescentes com TDAH em suas dificuldades. O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar as habilidades sociais, problemas de comportamento, recursos familiares, desempenho acadêmico e vivência escolar em alunos com diagnóstico de TDAH, e avaliar os efeitos de intervenções psicológicas dirigidas a esses e a um responsável legal. Como objetivos específicos: I- Realizar revisão da literatura sobre habilidades sociais em crianças com TDAH, considerando o período de dez anos; II- Caracterizar os recursos e dificuldades relatados por professoras e crianças com TDAH no contexto escolar; III- Identificar as habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico e recursos familiares de crianças com TDAH, IV- Comparar grupos quanto a indicadores de TDAH (segundo instrumento específico) e uso ou não de medicação; V- Triangular dados qualitativos (respostas atribuídas nas entrevistas e questionários) e quantitativos, de alunos com TDAH (dados sociodemográficos, problemas de comportamento, habilidades sociais, indicadores de TDAH e notas escolares), de suas professoras (dados sociodemográficos) e famílias (recursos familiares); VI- Descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos habilidosos, redução de problemas de comportamento e sintomatologia de estudantes com TDAH e; VII- Descrever efeitos do Promove-Pais adaptado quanto às práticas educativas de responsáveis legais e de comportamentos habilidosos e problemáticos de filhos com TDAH. Tratou-se de um estudo multimétodos. Participaram 43 estudantes (entre seis a 12 anos, de escolas municipais de uma cidade do interior paulista), 43 responsáveis e 38 professoras na etapa de caracterização. Na etapa de intervenção para alunos, participaram 25 estudantes e 24 responsáveis, distribuídos randomicamente entre os grupos intervenção (GI, N=11) e grupo espera (GE, N=14) e; na intervenção para responsáveis, participaram três responsáveis legais e três escolares. Os instrumentos foram: entrevistas (alunos) e questionários (professoras); *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS-BR*, versão crianças, responsáveis e professores); *Escala de Conners* (versão responsáveis e professores); *Inventário de Recursos Familiares, Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ* e, *Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE- HSE-P)* e os Programas Promove-Crianças e Promove-Pais. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2018 (caracterização); de agosto a dezembro de 2019 (intervenção para estudantes de GI); e de fevereiro a março de 2020 (intervenção para as responsáveis de GI); e, para fins éticos, o GE recebeu a intervenção combinada (escolares e responsáveis) de setembro a dezembro de 2021. Os dados foram cotados segundo as proposições de cada instrumento e realizadas as análises pertinentes por meio do *Statistical Package for the Social Sciences SPSS*-versão 22, *Jeffrey's Amazing Statistics Program JASP*-versão 0.11.1.0, *Interface de R pour les Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires-IRaMuTeQ* e análise temática. Os resultados obtidos foram divididos em diferentes manuscritos descritos a seguir. Estudo I, teve como objetivo uma revisão da literatura sobre

habilidades sociais em crianças com TDAH, considerando o período de dez anos, cujos resultados apontaram ausência de regularidade nas publicações; poucos estudos nacionais; predomínio de estudos empíricos, apenas alguns randomizados; tendência do uso de multi-informantes; instrumento *SSRS* utilizado frequentemente e; déficits nas habilidades sociais de asserção, autocontrole, empatia, cooperação e responsabilidade. A análise de nuvem de palavras evidenciou presença de problemas de comportamento; dificuldades acadêmicas, domésticas e com pares; promoção de repertório comportamental após intervenção e; ausência de intervenções dirigidas à professoras. O Estudo II, teve por objetivo caracterizar os recursos e dificuldades relatados por professoras e crianças com TDAH no contexto escolar; os resultados indicaram na maioria das palavras utilizadas pelas crianças e professoras, acentuada presença nos sentidos evocados de dificuldades em diferentes frentes como: nas relações sociais ou de aprendizagem das crianças; em relação aos recursos que poderiam auxiliar as professoras; no manejo das crianças em relação aos sintomas do TDAH e; na falta de formação continuada das professoras. O Estudo III, teve como objetivo geral identificar habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico e recursos familiares de crianças com TDAH; como objetivo específico comparar alunos quanto a indicadores de TDAH e uso ou não de medicação. Os resultados indicaram alunos com escores superiores a amostra de referência em Problemas de Comportamento e Habilidades Sociais e inferiores em classes de habilidades sociais e Competência Acadêmica; recursos familiares presentes e; notas acima de 5,0 como média escolar. O Estudo IV, teve como objetivo triangular dados qualitativos e quantitativos de alunos com TDAH, de seus professores e famílias. Foi evidenciado destaque nas variáveis obtidas nas triangulações de crianças e professoras, como idade, tempo de formação e de atuação das professoras, revelando assim, a influência da atuação docente neste contexto. O Estudo V, teve por objetivo descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos socialmente habilidosos e redução de problemas de comportamento e sintomatologia de estudantes com TDAH. Os resultados mostraram diferenças significativas quanto a ganhos de GI em comportamentos habilidosos, diminuição de problemas comportamentais e diminuição de sintomas de TDAH em comparação ao GE. No Estudo VI, o objetivo foi descrever efeitos do Promove-Pais adaptado quanto às práticas educativas de responsáveis legais e de comportamentos habilidosos e problemáticos de filhos com TDAH. Os resultados assinalaram ganhos em práticas educativas positivas, diversidade de interações, habilidades sociais dos filhos e; diminuição dos problemas de comportamento, sintomatologia de TDAH e práticas educativas negativas. Conclui-se que os dados oriundos da caracterização, revelaram os recursos e as dificuldades dos alunos, bem como subsidiaram o desenho das intervenções oferecidas, as quais se mostraram benéficas aos envolvidos em diferentes aspectos comportamentais, favorecendo as relações interpessoais. Embora seja evidente o alcance de apoio aos escolares com TDAH e famílias, acredita-se que a inserção do contexto escolar, sobretudo dos professores, poderia potencializar os ganhos obtidos, beneficiando o microsistema escolar e seus atores.

Palavras-chave: TDAH; problemas de comportamento; habilidades sociais; habilidades sociais educativas parentais; desempenho acadêmico, vivência escolar; recursos familiares e de professores; intervenção psicológica; crianças e adolescentes; responsáveis; professores e escola.

ABSTRACT

Abrahão, A. L. B. (2021). Social skills, behavior problems, academic performance, school experiences, resources and difficulties of families and teachers of students with ADHD: characterization and intervention. (Doctoral Thesis). Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by persistent patterns of inattention, impulsivity and hyperactivity, negatively interfering with development. Social skills are considered a protective factor and can help children and adolescents with ADHD in their difficulties. The present study aimed to characterize social skills, behavior problems, family resources, academic performance and school experience in students diagnosed with ADHD, and to evaluate the effects of psychological interventions aimed at these students and a legal guardian. As specific objectives: I- To carry out a review of the literature on social skills in children with ADHD, considering the period of ten years; II- Characterize the resources and difficulties reported by teachers and children with ADHD in the school context; III- Identify social skills, behavior problems, academic performance and family resources of children with ADHD, IV- Compare groups in terms of ADHD indicators (according to specific instrument) and use or not of medication; V- Triangulate qualitative (answers given in interviews and questionnaires) and quantitative data from students with ADHD (sociodemographic data, behavior problems, social skills, ADHD indicators and school grades), from their teachers (sociodemographic data) and families (resources relatives); VI- Describe the effects of the adapted Foster-Children in the promotion of skillful behaviors, reduction of behavior problems and symptoms of students with ADHD and; VII-Describe the effects of the Promove-Pais adapted regarding the educational practices of legal guardians and skillful and problematic behaviors of children with ADHD. It was a multi-method study. 43 students participated (between six and 12 years old, from municipal schools in a city in the interior of São Paulo), 43 guardians and 38 teachers in the characterization stage. In the intervention stage for students, 25 students and 24 guardians participated, randomly distributed between the intervention groups (GI, N=11) and waiting group (EG, N=14) and; in the intervention for guardians, three legal guardians and three schoolparticipated. The instruments were: interviews (students) and questionnaires (teachers); Social Skills, Behavior Problems and Academic Competence Inventory (SSRS-BR, children, guardians and teachers version); Conners Scale (guardians and teachers version); Family Resources Inventory, Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ and Parental Educational Social Skills Interview Guide (RE-HSE-P) and Promote-Children and Promote-Parents Programs. Data collection took place from February to July 2018 (characterization); from August to December 2019 (intervention for GI students); and from February to March 2020 (intervention for those responsible for GI); and, for ethical purposes, the EG received the combined intervention (schoolchildren and guardians) from September to December 2021. Data were quoted according to the propositions of each instrument and the relevant analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences SPSS- version 22, Jeffrey's Amazing Statistics Program JASP- version 0.11.1.0, Interface de R pour les Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires- IRaMuTeQ and thematic analysis. The results obtained were divided into different manuscripts described below. Study I aimed to review the literature on social skills in children with ADHD, considering the period of ten years, whose results showed a lack of regularity in the publications; few national studies; predominance of empirical studies, only some randomized; trend in the use of multi-informers; instrument SSRS (Social Skills Rating System) used frequently and; deficits in the social skills of assertiveness, self-control, empathy, cooperation and responsibility. The

word cloud analysis showed the presence of behavior problems; academic, domestic and peer difficulties; promotion of behavioral repertoire after intervention and; absence of interventions aimed at teachers. Study II aimed to characterize the resources and difficulties reported by teachers and children with ADHD in the school context; the results indicated, in most of the words used by children and teachers, a strong presence in the evoked senses of difficulties on different fronts such as: in social relationships or in children's learning; in relation to the resources that could help the teachers; in the management of children in relation to the symptoms of ADHD and; in the absence of continuing teacher training. Study III had the general objective of identifying social skills, behavior problems, academic performance and family resources of children with ADHD; as a specific objective to compare students regarding ADHD indicators and use or not of medication. The results indicated students with higher scores than the reference sample in Behavior Problems and Social Skills and lower scores in social skills and Academic Competence classes; family resources present and; grades above 5.0 as a school average. Study IV aimed to triangulate qualitative and quantitative data from students with ADHD, their teachers and families. It was highlighted in the variables obtained in the triangulations of children and teachers, such as age, time of training and work of teachers, thus revealing the influence of teaching in this context. Study V aimed to describe the effects of the adapted Foster-Children in promoting socially skilled behaviors and reducing behavioral problems and symptoms in students with ADHD. Results showed significant differences in GI gains in skillful behaviors, decrease in behavioral problems, and decrease in ADHD symptoms compared to the EG. In Study VI, the objective was to describe the effects of the adapted Promove-Pais regarding the educational practices of legal guardians and the skillful and problematic behaviors of children with ADHD. The results indicated gains in positive educational practices, diversity of interactions, children's social skills and; decrease in behavior problems, ADHD symptoms and negative educational practices. It is concluded that the data from the characterization revealed the students' resources and difficulties, as well as subsidized the design of the interventions offered, which proved to be beneficial to those involved in different behavioral aspects, favoring interpersonal relationships. Although the scope of support for students with ADHD and their families is evident, it is believed that the inclusion of the school context, especially for teachers, could enhance the gains obtained, benefiting the school microsystem and its actors.

Keywords: ADHD; behavior problems; social skills; parenting social skills; academic performance, school experience; family and teacher resources; psychological intervention; children and adolescents; responsible; teachers and school.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Evolução do TDAH nas diferentes versões da classificação DSM	9
Figura 2 - Fármacos utilizados para o tratamento do TDAH	33
Figura 3 - Delineamento realizado na primeira etapa: revisão de literatura	47
Figura 4 - Percursos amostrais e delineamentos realizados nas etapas de caracterização e intervenção	48
Figura 5 - Síntese dos procedimentos adotados na intervenção psicológica junto às responsáveis	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Descrição dos participantes – variáveis sócio demográficas</i>	51
Tabela 2 - <i>Caracterização das crianças conforme o uso de medicação e presença de TDAH segundo avaliação de Pais e Professoras através da Escala de Conners</i>	52
Tabela 3 - <i>Descrição dos participantes - Crianças quanto a idade nas três avaliações: etapa de intervenção</i>	55
Tabela 4 - <i>Descrição dos participantes – Responsáveis quanto à idade e parentesco: etapa de intervenção</i>	67
Tabela 5 - <i>Etapas e adaptações realizadas durante a intervenção psicológica junto às crianças e adolescentes</i>	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Aspectos iniciais acerca do TDAH: Contextualização geral.....	1
1.2 Compreendendo o TDAH sob a perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.....	2
1.3 Histórico do TDAH.....	6
1.4 TDAH na atualidade: Prevalência e impacto no desenvolvimento.....	10
1.5 Transtornos comórbidos ao TDAH.....	12
1.6 Achados clínicos associados à presença do TDAH.....	13
1.7 Etiologias do TDAH: Fatores de risco e proteção.....	14
1.8 Diagnóstico: Critérios atuais.....	17
1.8.1 Subtipos do TDAH.....	21
1.9 Educação Inclusiva: Legislação e limitações.....	22
1.10 Tratamentos para o TDAH.....	24
1.10.1 Tratamentos não farmacológicos: Possibilidades e alcances.....	24
1.10.2 Tratamento Farmacológico.....	30
1.11 Repertório comportamental: recursos e dificuldades associados ao TDAH.....	34
1.11.1 Problemas de comportamento e desempenho acadêmico associados ao TDAH.....	34
1.11.2 Habilidades Sociais: Conceituação geral.....	37
2 JUSTIFICATIVA.....	45
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 Objetivo geral.....	45
3.2 Objetivos específicos.....	46
4 MÉTODO.....	46
4.1 Contexto.....	48
4.2 Participantes.....	49
4.2.1 Segunda etapa: caracterização.....	49
4.2.2 Terceira etapa: Intervenção.....	53
4.3 Instrumentos.....	56
4.3.1 Estudantes avaliadores.....	56
4.3.2 Responsáveis avaliadores.....	57
4.3.3 Professoras avaliadoras.....	60
4.4 Materiais.....	62
4.4.1 Intervenção psicológica para estudantes (crianças e adolescentes).....	62
4.4.2 Intervenção psicológica para responsáveis.....	62

4.5 Considerações éticas	63
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	64
4.7 Procedimentos de intervenção.....	67
4.7.1. Aplicação do Promove-Crianças adaptado para manejo do TDAH.....	67
4.7.2 Aplicação do Promove-Pais adaptado para manejo do TDAH	69
4.8 Análise dos dados.....	72
4.8.1 Procedimentos da Análise Quanti-Qualitativa	72
4.8.2 Procedimento da Análise Quantitativa.....	75
4.8.3 Procedimento da Análise da Triangulação	76
5 RESULTADOS	78
5.1 ESTUDO I: Habilidades sociais em crianças com TDAH: uma revisão de literatura	82
5.2 ESTUDO II: Estudantes com TDAH e professoras: recursos e dificuldades.....	107
5.3 ESTUDO III: Estudantes com TDAH: Habilidades Sociais, Problemas Comportamentais, Desempenho Acadêmico e Recursos Familiares.....	126
5.4 ESTUDO IV: Alunos com TDAH, professores e famílias: um estudo de triangulação	148
5.5 ESTUDO V: Estudantes com TDAH: Efeitos do Promove-Crianças adaptado	170
5.6 Estudo VI: Efeitos do Promove-Pais adaptado para responsáveis de crianças e adolescentes com TDAH.....	191
6 DISCUSSÃO GERAL.....	212
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	238
8 REFERÊNCIAS	240
ANEXOS	260
APÊNDICES	271

APRESENTAÇÃO

Meu interesse em estudar o TDAH na infância surgiu no contato com a mãe de um paciente (negra, empregada doméstica, quatro filhos, dentre eles, um com um transtorno incapacitante e outro, com o TDAH, casada, marido naquele momento encontrava-se desempregado e diagnosticado com esquizofrenia, de classe pobre), que chegou ao meu consultório em 2014, sendo um dos meus primeiros atendimentos. Neste contato, a mãe solicitou ajuda para o seu filho diagnosticado com TDAH (estudante regular, bolsista de uma escola particular na cidade), revelou cobranças frequentes da escola para que a mesma procurasse apoio médico para indicar remédios ao seu filho, como condição para permanência da criança neste espaço. Contudo, ela se negava em concordar com a medicação como tratamento único, pois acreditava e receava que o uso de remédios pudesse alterar a essência desse filho, já que havia “perdido o seu filho mais velho”, depois que esse começou a utilizar medicamento para um transtorno incapacitante, e segundo as suas palavras havia “perdido o brilho”.

O tratamento psicológico com essa criança teve a duração de dois anos, onde a mesma demonstrava sintomatologia condizente com o TDAH apresentação impulsivo-hiperativo. Além disso, o menino possuía importantes dificuldades de comportamento, inclusive dificuldade de permanência na sala de atendimento. A partir do vínculo construído, utilizando a Psicologia Analítica nesse momento como abordagem clínica, foi observada uma melhora considerável. Posteriormente, ao entrar em contato com as produções da minha orientadora, entendi que eu havia trabalhado habilidades sociais de comunicação, resolução de problemas, civilidade, autocontrole, empatia, cooperação e mais ao final, de assertividade, que foram desenvolvidas e reforçadas, possibilitando a permanência dessa criança no contexto escolar, com melhor aproveitamento dos conteúdos e das relações com os pares.

Apoiar este menino para que conseguisse de alguma maneira acessar o que a escola poderia fornecer foi essencial, ao passo que também me despertou para as dificuldades que as famílias e os atores escolares possuem para lidar com crianças com o TDAH. Nas minhas vivências como estudante de escolas públicas, pude me inspirar em professoras e professores que reforçaram em mim o interesse em aprender; também pude observar seus sofrimentos relacionados ao trabalho, o que ficava concreto diante aos afastamentos por doenças, o que me afetava enquanto aluna. Em alguns momentos tentava ajudá-los (apoiando os colegas com dificuldades de aprendizagem), em outros era convidada a auxiliar. Infelizmente, por questões de tempo e dificuldades para compor a amostra, não pude intervir junto às

professoras participantes da etapa de caracterização. Esta é uma lacuna deste trabalho e interesse meu futuro.

Buscando compreender melhor o lugar que o TDAH ocupa na sociedade, nos contextos escolares, familiares e na medicina, cursei especialização em psicopedagogia institucional, cujo trabalho final focou a identificação e reflexão de maneiras de intervenção e acolhimento psicológicos junto às crianças com TDAH. Tratou-se de uma revisão da literatura, dentro de uma perspectiva histórico-cultural, que embora tenha me indicado importantes lacunas da área, não me satisfizeram no sentido de encontrar as respostas para outras formas de acolhimento/intervenções psicológicas.

Neste ínterim, junto à prática clínica, ingressei na docência no curso técnico em prótese dentária, ofertado pelo Pronatec (fui protética por oito anos, dentro de uma universidade particular, na qual cursei Psicologia como bolsista). A docência me encorajou a tentar entrada no mestrado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP-RP, apesar de algumas pessoas propagarem que seria impossível conseguir, uma vez que precisaria de indicação e isto eu não tinha. Como as impossibilidades me movem, segui no meu chamado interno e comecei a pesquisar as linhas de pesquisa que os Programas de Pós-Graduação em Psicologia e em Educação da FFCLRP-USP ofereciam. Enviei alguns e-mails; tive alguns retornos e dentre eles, recebi o aceite da Profa. Luciana para uma conversa; o impossível aconteceu. Nesta conversa, com toda a sensibilidade e competência da professora, um projeto de pesquisa foi traçado, resgatando em mim a esperança num trabalho de sentido *maior*, fundamentado em valores humanos.

Algumas dificuldades surgiram, pois não consegui ingressar na primeira tentativa, por não alcançar a nota de corte. Com o apoio dado pela Profa. Luciana, me possibilitando uma nova chance, ingressei no segundo semestre de 2017.

Para a realização deste Projeto, me identifiquei imediatamente com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano; a qual fundamenta estudos realizados no Laboratório de Psicologia da Educação e Escolar- LAPEES. Gosto de dizer que a Teoria me auxiliou na compreensão e a pensar metodologicamente sobre o TDAH na infância. Esta parceria pessoal, teórica e metodológica culminou no projeto de pesquisa de Mestrado, que se tratava de um estudo descritivo, correlacional, de abordagem mista. O desenvolvimento desse trabalho proporcionou a mim aquisição de conhecimentos e raciocínio científico, e sobretudo, pude entrar em contato com as realidades das pessoas participantes, com o sistema de educação municipal da cidade incluindo suas dificuldades e potencialidades. Os resultados foram apresentados na minha qualificação de mestrado em novembro de 2018 (há três

semanas do nascimento da minha primeira filha, Catarina). Diante da quantidade e robustez dos dados foi indicado pelas docentes que compuseram a banca Profa. Sylvia D. Barrera, Profa. Alessandra T. Bolsoni-Silva e minha orientadora, a passagem para o Doutorado Direto.

Esta indicação foi uma grande surpresa, dado que eu desconhecia como possibilidade no meio acadêmico. O Doutorado Direto me possibilitou mais tempo para o aprofundamento das análises, mas principalmente, oportunizou aquele que era o meu principal interesse - realizar uma intervenção psicológica que pudesse auxiliar as crianças (algumas, já tendo atingido a adolescência nesse período) e suas famílias. Esse momento me possibilitou também a busca por novos caminhos e chegada de grandes oportunidades/presentes. Primeiramente, tive o prazer de ter a Profa. Dra. Alessandra como minha supervisora nos Programas de intervenção realizados neste estudo, os quais ela é autora; momentos valiosos de aprendizagem técnica e humana. Neste percurso tive ainda, com a Profa. Dra. Thaís Zerbini, outra feliz e produtiva parceria, na qual construímos um artigo (“TDAH, inclusão educacional e Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas (TD&E): uma revisão integrativa”), que embora não estivesse nos objetivos da presente tese, foi importante para o desenvolvimento da mesma.

A seguir, apresentarei o que construímos (este trabalho é fruto da participação de todas as pessoas envolvidas, as quais busquei representar com seriedade e respeito). Espero que, tudo aqui descrito cumpra com o meu compromisso científico, ético e pessoal de retribuir a oportunidade que tive dentro da Universidade de São Paulo, a estas pessoas que contribuíram com este estudo, à área, à sociedade atual e futura, colaborando para o avanço de perspectivas de tratamento, políticas educacionais e de serviços em saúde mental dirigidas às crianças e adolescentes com TDAH e seus contextos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos iniciais acerca do TDAH: Contextualização geral

O TDAH é um transtorno neurocomportamental, multifatorial, caracterizado por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade, presentes em pelo menos dois contextos diferentes (ex: casa e escola), interferindo substancialmente no funcionamento social e desenvolvimento do indivíduo (Alasehirli et al. 2015; APA, 2014; Botero et al. 2016; García et al., 2016; Pickett, 2016; Storebø et al., 2019). Considerado a mais comum condição neuropsiquiátrica em crianças (Botero et al., 2016; García et al., 2016; Söderlund & Jobs, 2016), trata-se de um transtorno desenvolvimental de autocontrole, sendo o problema central para a maioria das crianças com o TDAH, a inibição do comportamento (Barkley, 2002).

Os sintomas mais frequentes no TDAH são desatenção, hiperatividade e impulsividade, contudo, na maior parte das crianças não se manifestam simultaneamente. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* essas diferenças na predominância dos sintomas são classificadas em três subtipos: 1. Tipo predominantemente desatento, 2. Tipo predominantemente hiperativo/impulsivo ou 3. Tipo combinado.

A estimativa de prevalência de crianças em idade escolar com o TDAH é de 3-7% (Gandía, Mulas, Roca, Ortiz, & Abad, 2015; Söderlund & Jobs, 2016; Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya, & Yamamoto, 2009). Os tratamentos farmacológicos mais utilizados são as anfetaminas e o metilfenidato (Gandía et al., 2015; Arnold, 2000; 2020). O Brasil é o segundo maior consumidor do psicoestimulante Ritalina no mundo (Moysés, 2012), entretanto, estudos apontam que os tratamentos farmacológico e psicossocial são mais eficazes quando combinados, em comparação à administração individual (Menezes, Trevisan, Carreiro, Seabra, & Gotuzo, 2015; Reeves, 2009; Yazd et al., 2015).

O transtorno presente na infância acarreta dificuldades importantes que impactam diretamente no desenvolvimento, especialmente nas dimensões que envolvam os contextos escolares, como será discutido no Estudos III, IV e V. Gwerman et al. (2016), identificaram em revisão sistemática que o potencial de estigma para o TDAH parece natural e certo no contexto escolar. Dentro desse sistema de interações, no centro está a criança com TDAH que se vê, na maioria das vezes, rotulada e à mercê de tratamentos frequentemente medicamentosos (Moysés, 2012; Moysés & Collares, 2013). Contudo, tem-se que a combinação de tratamentos e orientações aos diferentes microssistemas, intervenção psicológica e inserção de medicamento,

somente quando necessário é reconhecido como melhor tratamento (Pelham et al., 2016), uma vez que o tratamento medicamentoso administrado individualmente, raramente resolve as dificuldades comportamentais e de interação social (Pelham et al., 2016; Storebø et al., 2019). Assim, é essencial que os contextos (escola e família) estejam aptos a acolherem as necessidades dos estudantes, respeitando as características inerentes ao transtorno e nessa direção, intervenções psicológicas podem ser bastante úteis.

Em razão do amplo impacto do TDAH no funcionamento do indivíduo, observa-se consequências significativas para seu desenvolvimento e para a sociedade. Estudos sinalizam que indivíduos com TDAH utilizam maior número de cuidados de saúde, ao lado de uma redução da qualidade de vida (Hakkaart et al., 2017). Trata-se de uma condição psiquiátrica que deve ser considerada como prioridade de saúde pública, por sua repercussão no funcionamento escolar, na família e nos contextos sociais (García et al., 2016).

No presente estudo, o TDAH será compreendido a partir de uma perspectiva contextual e sistêmica, procurando identificar indicadores de recursos e dificuldades. Para tanto, esta introdução abarca estudos que abordam variáveis de interesse e outros assuntos pertinentes sobre o transtorno; inicialmente será realizada uma articulação entre pressupostos teóricos que embasam o presente estudo e aspectos do TDAH.

1.2 Compreendendo o TDAH sob a perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano foi adotada e utilizada como norteadora para o desenho deste estudo. A principal característica dessa teoria é a possibilidade de compreensão do desenvolvimento humano ligado ao ambiente físico, social e cultural no qual a pessoa está inserida. Essas dimensões contextuais e a qualidade das relações interpessoais estabelecidas são imprescindíveis para o entendimento, com maior proximidade, sobre como a presença do TDAH afeta o funcionamento social, acadêmico e subjetivo das crianças e adolescentes.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano propõe que o desenvolvimento humano seja estudado a partir de quatro dimensões interrelacionadas: *o processo, a pessoa, o contexto e o tempo* (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Esse modelo teórico possui como principal autor, Urie Bronfenbrenner, pesquisador no campo da Psicologia do Desenvolvimento. *Processo* é definido como resultante da relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento; as formas de interação no ambiente imediato são

processos, que adquirem conteúdo psicológico através de uma dinâmica entre padrões geneticamente determinados e a natureza dos ambientes em que acontecem. A qualidade dessa fusão determinará se ocorrerá o potencial para competência ou para a disfunção (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). É possível perceber o quanto os contextos (famílias e escolas por exemplo) possuem um papel importante, considerando que as práticas educativas e tipos de interação contribuirão para a formação e desenvolvimento de crianças.

A dimensão *pessoa* é compreendida pelas características biológicas, físicas e psicológicas em interação com o ambiente. As pessoas apresentam disposições, recursos e demandas. As *disposições* referem-se às características pessoais que podem influenciar no futuro da pessoa em desenvolvimento, no sentido de promovê-lo ou retardá-lo; se dividem em *geradoras* ou *disruptivas* (características como curiosidade e responsividade para tomar iniciativas são exemplos de características que promovem o desenvolvimento e impulsividade e distração prejudicam o desenvolvimento). Os *recursos* consistem nas características adquiridas e internalizadas pela interação da pessoa com o ambiente; já as *demandas* referem-se características da pessoa que estimulam ou desencorajam as reações do ambiente social, podendo contribuir para o aumento de processos proximais (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Habigzang, Lampert, Antoni, & Koller, 2011; Leme et al., 2016). No presente estudo as sintomatologias do TDAH são consideradas como tais características (APA, 2014; Barkley, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Diante disso, entende-se que crianças com TDAH são mais vulneráveis, não somente pelas condições que a sintomatologia impõe, mas sobretudo pelas dificuldades presentes nos contextos quanto ao manejo e acolhimento das mesmas.

O *contexto* nesta teoria é analisado por meio de quatro níveis ambientais: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema está relacionado ao padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa nos ambientes que ela frequenta face a face e são permeados pelas características de disposição, recurso e de demanda das pessoas envolvidas. O mesossistema se refere ao conjunto de microssistemas que a pessoa frequenta e nas inter-relações estabelecidas. O exossistema consiste nos ambientes que a pessoa não frequenta como um participante ativo, mas que influenciam indiretamente o seu desenvolvimento (trabalho dos pais, rede de apoio social, dentre outros). O macrossistema é formado pelo padrão global de ideologias, valores, religiões, crenças, forma de governo e culturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996).

O desenvolvimento humano é um fenômeno que envolve mudanças e continuidades nas características biopsicológicas da pessoa e ocorre no *tempo* (cronossistema), na interação entre

as características biopsicológicas da pessoa e do contexto (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998), portanto o desenvolvimento é influenciado pelo momento histórico e cultural. No que tange ao TDAH, especificamente, é importante compreender quais e como as ideologias do tempo vigente são reproduzidas pelas agências socializadoras, no caso, as famílias e escolas.

Aportadas nestas considerações teóricas, o presente estudo buscou identificar recursos e dificuldades dos microssistemas família e escola, e também pertencentes às crianças com TDAH, por meio de diferentes instrumentos e avaliadores. Ainda, em certa medida, pode-se verificar influências do macrossistema (estigmas, patologização do transtorno, políticas educacionais, estratégias pedagógicas e serviços médicos), sobre as vivências escolares e subjetividade das crianças com TDAH.

Na tentativa de compreensão dos contextos, tal como proposto pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, tem-se que a avaliação de diferentes informantes pode sinalizar divergências e convergências de percepções, ampliando o entendimento do tema e de outras variáveis que se relacionam direta ou indiretamente ao mesmo. Avaliações realizadas por diferentes avaliadores e instrumentos, também é uma prerrogativa do campo teórico e prático das habilidades sociais, compreendidas como recursos essenciais ao desenvolvimento humano (Del Prette & Del Prette, 2017; 2019). Nesse sentido, alguns estudos trataram desses aspectos e sinalizaram resultados importantes. Dias, Gil e Del Prette (2013), através da observação direta em atividades interativas identificaram que crianças com problemas de comportamento tinham habilidades sociais, mas não as utilizavam a depender do manejo dos educadores do contexto (microssistema). O estudo de Bolsoni-Silva e Justino (2021), identificaram mediante a avaliação de mães e professoras de sete crianças, que as dificuldades infantis eram maiores no contexto escolar, mesmo os professores apresentando melhores habilidades sociais educativas.

Problemas de comportamento é uma variável de interesse do presente estudo, sendo uma das características mais preponderantes em crianças com TDAH. A influência exercida pelos contextos no funcionamento da pessoa com TDAH, está presente no trabalho de Farmer e Xie (2007); esses autores discutiram cinco grandes estudos e evidenciaram que intervenções dirigidas a estudantes com TDAH individualmente, não tiveram impacto sustentado, quando o contexto social não operou de forma a reduzir problemas de comportamento, impedindo a oportunidade de mudança comportamental. Os autores observaram que o comportamento agressivo pode gerar recompensas sociais para aqueles que o usam para atingir suas metas (exemplo: crianças e jovens que utilizam estratégias verbalmente agressivas são competentes, muitas vezes, em conseguir o que querem), assim indivíduos com TDAH provavelmente

experimentam uma enxurrada de forças sociais que ajudarão a manter seus padrões menos competentes. Adicionalmente, destacaram que crianças e jovens com problemas comportamentais se beneficiam com treinamento de habilidades sociais, mas alertam que o mesmo estará incompleto na ausência de outras intervenções que abordem dinâmicas sociais que contribuam para a redução do padrão comportamental problemático. Aqui, mais uma vez, é percebida a função dos contextos na qualidade do desenvolvimento humano.

Segundo Bronfenbrenner e Evans (2000), o desafio científico a ser realizado no século 21, está no desenvolvimento de delineamentos de pesquisa que investiguem os efeitos do caos. Neste estudo, o caos foi interpretado considerando as crianças com TDAH como centro da problemática e que somadas às dificuldades inerentes do transtorno, ao serem rotuladas como crianças problemas, receberão muitos estímulos prejudiciais de seus contextos, desorganizando, impedindo ou dificultando o seu desenvolvimento pleno. Conforme as definições de Oxford Languages, na filosofia, o caos antecede a intervenção do demiurgo (na tradição platônica, demiurgo significa artesão divino ou o princípio organizador). Assim, através do método científico, aportado em evidências, espera-se contribuir para a organização do caos vivenciado pelas crianças com TDAH, alcançando o que o caos significa para a física (comportamento de um sistema dinâmico que evolui no tempo, sensível às condições iniciais, aonde pequenas diferenças levarão a estados posteriores extremamente diferentes). Espera-se que este estudo contribua para o avanço do cuidado à saúde mental de estudantes com TDAH.

Sobre a operacionalização dos delineamentos que visem a inserção ecológica, segundo Denzin e Lincoln (2006), os estudos quantitativos serão úteis para o ato de medir e de analisar as relações causais entre variáveis e não processos. Para as pesquisas qualitativas, o foco estará na compreensão de processos e significados que não são examinados ou medidos. Neste estudo foi adotado o desenho misto, de forma a tentar compreender de maneira mais abrangente as associações entre as variáveis e os processos vivenciados por estudantes com TDAH, bem como por suas famílias e professores, e a partir disto, projetar as intervenções psicológicas. Esse modo de investigação, segundo Bronfenbrenner (1996), que leva em consideração tanto a percepção dos participantes do estudo quanto a situação de pesquisa são desejáveis e essenciais, garantindo a existência da validade ecológica à pesquisa.

A escola neste panorama é considerada um microssistema importante no desenvolvimento, tendo como objetivo principal a aprendizagem de conteúdos socialmente acumulados e a socialização dos alunos (Mendes & Pontes, 2016). A depender das práticas educativas utilizadas, a escola poderá promover no alunado sentimentos positivos de autoeficácia e autoestima, aprendizagem de habilidades sociais e influenciar o relacionamento

positivo entre os pares (por meio de regras, normas e cultura existente). Portanto, configura-se como um cenário privilegiado, onde há oportunidade do aprender social e do aprender de conteúdo (Lisboa, 2005; Mendes & Pontes, 2016). Especialmente na população de alunos com TDAH, as práticas educativas de professores e as atuais estruturas escolares e políticas de educação especial não estão aptas para apoiar e se adaptar aos comportamentos inconsistentes, que são características inerentes de crianças com TDAH (Fabiano & Pyle, 2019). Esses aspectos serão discutidos nos Estudos II e IV.

Em relação às intervenções psicológicas articuladas à Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, Bronfenbrenner (1996), indica que um experimento transformador abrange a modificação e reestruturação sistemáticas dos sistemas ecológicos existentes, de modo a desafiar as formas de organização social, incluindo os sistemas de crenças e estilos de vida da cultura ou subcultura. Isso significa que um experimento transformador altera alguma parte do sistema (micro ao exossistema), por meio da eliminação, alteração ou acréscimo de novas interconexões. Leme, Del Prette, Koller e Del Prette (2016), apontaram relações entre o campo teórico-prático das habilidades sociais (descrito mais a frente nessa introdução) e a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, trazendo a luz questões importantes sobre os processos que se estabelecem entre os sistemas e o desenvolvimento do repertório de habilidades sociais.

Postos alguns pressupostos básicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento humano e suas articulações com o tema do presente estudo, a seguir serão apresentados diversos trabalhos que trataram da temática do TDAH, o que contribuiu para uma primeira aproximação teórica com os fatores gerais (macrossistema) e específicos (microsistemas), dentro do período investigado.

1.3 Histórico do TDAH

Justifico a inserção deste assunto, uma vez que se faz necessário compreender como o diagnóstico do TDAH e os seus critérios foram construídos historicamente. Para tanto, deve-se considerar questões sociais e culturais (macrossistema), do tempo (cronossistema), até chegar ao que conhecemos atualmente.

Em 1798 ocorreu a publicação do *Injury*, manual que descrevia diversas afecções mentais, desenvolvido pelo médico escocês Alexander Crichton (1763–1856), reconhecido o primeiro cientista a estudar as condições clínicas do transtorno, um século antes do pediatra George Still. Crichton descreveu as características principais de um transtorno relativo à

desatenção e alterações comportamentais, semelhante ao subtipo do TDAH desatento, como foi definido no DSM IV (Palmer & Finger, 2001). Presume-se que, desde 1860, diversos países do mundo voltaram sua atenção para estudar tal transtorno, apresentando as nomeações: Irrequieta Phillis, Doença de Still, Distúrbio de Impulso, Lesão Mínima do Cérebro, Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hipercinética da Infância e TDA (1980 – expresso no DSM-III, descrevendo como base deste distúrbio, a dificuldade de se concentrar e manutenção da atenção) e em 1987, é nomeado como TDHA – considerando os sintomas impulsividade e hiperatividade (Belli, 2008).

De acordo com Barkley (2002), a primeira descrição clínica de crianças com sintomas de TDAH foi publicado há mais de 100 anos em uma série de três palestras para o Royal College of Physicians na Inglaterra, em 1902, onde George Still descreveu, a partir de sua prática clínica, características que incluíam crianças bastante agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, altamente emotivas, com falta de autocontrole, excessivamente ativas e distraídas, com pouca atenção e cuidado na realização de tarefas.

Outros achados da literatura médica demonstraram que os primeiros registros sobre os transtornos hipercinéticos surgiram em meados do século XIX; na década de 1940 era nomeado como “lesão cerebral mínima”; em 1962 modificou-se para “disfunção cerebral mínima”, isto resultou do reconhecimento de que as vias nervosas estavam alteradas em detrimento da existência de lesões nestas, como acreditado até então (Rohde, Barbosa, Tramontina, & Polanczyk, 2000). Escritos influentes de Strauss e Lehtinen (1947) e de seus colegas, defendiam o termo "dano cerebral mínimo", usado para se referir a essas crianças, resultando em diretrizes rígidas para com a educação das mesmas (Smith, Barkley, & Shapiro, 2007).

A caracterização do TDAH como um funcionamento anormal do cérebro permaneceu forte até a década de 1970. Defendia-se um possível defeito na filtragem de estímulos no sistema nervoso central como causa acarretando estimulação excessiva no córtex. Ao longo da década de 1980, muitos cientistas postularam que o transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade era um mau funcionamento executivo ou má autorregulação do comportamento (Smith et al., 2007). No final da década 80 e durante os anos 90, houve uma explosão publicitária sobre o TDAH e a Ritalina, considerado o medicamento mais utilizado para o tratamento. Esta década ficou conhecida como a “década do cérebro”, haja vista o grande número de pesquisas e estudos acerca do tema (Caliman, 2008). Sobre o consumo mundial do medicamento Ritalina, no período de 1990 a 2006 houve um aumento de mais de 1200%. No Brasil é percebida a mesma tendência, uma vez que o uso do medicamento vem crescendo ao

longo dos anos. Em 2000, o consumo nacional foi de 23 kg, em 2006 o Brasil fabricava 226 kg de metilfenidato e importava outros 91 kg (Ortega et al., 2010).

Ao longo dos anos revisões foram realizadas no DSM até chegar na que vigora atualmente, assim várias mudanças importantes foram adicionadas aos critérios diagnósticos do TDAH (Smith et al., 2007), obtendo reconhecimento estável com a publicação do DSM V – manual atual (Araújo & Neto, 2014). Vale destacar que para o diagnóstico é necessário que o comprometimento seja observado em pelo menos dois ambientes diferentes (dois microssistemas, como por exemplo casa e escola, considerando escolares) nas quais o indivíduo participa. Segue abaixo uma breve descrição da evolução das classificações do TDAH no DSM.

DSM-I (1952)	Nenhuma menção da síndrome. 106 categorias de diagnóstico. Predomínio da abordagem psicanalítica. Nos EUA, havia 1 pessoa mentalmente doente / 480 pessoas.
DSM-II (1968)	A nomenclatura oficial inclui a reação hipercinética em crianças, semelhante ao CID-8. A noção de dano cerebral "persiste". Uma desordem típica da infância que declina em adolescentes.
DSM-III (1980)	A ênfase é feita na falta de atenção que é acompanhada ou não pela hiperatividade, enquanto o CID-9 coloca prioridade sobre a hiperatividade. Pela primeira vez, um ponto de corte é estabelecido, a necessidade para o início de sintomas antes de 7 anos de idade e exclusão de outros transtornos psiquiátricos. A psicanálise dá lugar a uma abordagem categoricamente biomédica.
DSM-III-R (1987)	Renomeado o TDAH, abrangendo dois subtipos em um (com ou sem hiperatividade). Os sintomas são avaliados de acordo com pontuações e ensaios de campo. 357 categorias de diagnóstico. TDAH é agora dividido em três subtipos (combinado, hiperativo-impulsivo e desatento).
DSM-IV (1994)	O CID-10 apresenta uma lista de sintomas semelhantes, mas com mais requisitos: 1 • CID requer um mínimo de sintomas em 3 dimensões e disfunção em pelo menos 2 contextos. O DSM apenas requer uma dimensão e "algumas alterações" em dois contextos.
DSM-IV-TR (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • O CID considera como critérios de exclusão o humor, a ansiedade e os distúrbios do desenvolvimento. O DSM permite sua inclusão no diagnóstico, classificando-os como comorbidades.
DSM-5 (2013)	Nos EUA, 1 pessoa mentalmente doente / 50 pessoas. São introduzidas alterações que facilitam a expansão da prevalência da doença: <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade da necessidade de disfunção clínica significativa associada aos sintomas. • Uma redução nos adolescentes (> 16 anos) do número de sintomas necessários por dimensão de 6 para 5. • Levantando de 7 a 12 anos o limite de idade permitido para o início dos sintomas. • Considerar o autismo como uma comorbidade em vez de um critério de exclusão. • Reduzir a entidade dos subtipos. TDAH é entendido como uma desordem relacionada ao neurodesenvolvimento.

Figura 1

Evolução do TDAH nas diferentes versões da classificação DSM

Fonte: (<http://www.navarra.es/2013>).

Destaca-se as grandes mudanças na conceituação e critérios para o diagnóstico de TDAH, com crescente consenso de que o transtorno é heterogêneo, compreendendo um conjunto de distúrbios ou subtipos/apresentações. O estado atual da arte na área afirma que o diagnóstico envolve olhar para dois conjuntos de sintomas principais (isto é, falta de atenção e

hiperatividade / impulsividade) e determinar em qual a desordem está predominantemente relacionada, de forma a definir e identificar a combinação dos sintomas. Contudo, segundo alguns autores, ainda são necessárias mudanças nos critérios de diagnóstico, visto que esses devem considerar um terceiro conjunto de sintomas centrais do TDAH, como “tempo cognitivo lento”, que pode definir e um subconjunto qualitativamente diferente entre as crianças (Smith et al., 2007; Posner et al., 2020).

Com a criação da Resolução 370 nos Estados Unidos da América (EUA), além do reconhecimento oficial do TDAH, este também passou a ser proclamado dentro das datas oficiais do país no dia 7 de setembro, o “Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH”. Esta Resolução ainda encoraja todas as pessoas com TDAH dos EUA a procurarem o tratamento e apoio adequados, cabendo ao Senado Federal, a responsabilidade de esforçar-se para aumentar a conscientização pública sobre o transtorno (Caliman, 2008; Estados Unidos da América, 2004).

Neste tópico foram descritos os critérios para diagnóstico, bem como as diferentes nomeações ao longo do tempo utilizados pelo macrossistema. Nota-se a complexidade na descrição de critérios da sintomatologia do transtorno, visto que os estudiosos da área não utilizam uma linguagem única.

1.4 TDAH na atualidade: Prevalência e impacto no desenvolvimento

A OMS (Organização Mundial da Saúde) reconhece o TDAH, o que confere aos portadores em muitos países, assistência, ajuda e leis de proteção (Santos, 2012). É considerada condição neuropsiquiátrica mais comum em crianças (Botero et al., 2016; García et al., 2016; Söderlund & Jobs, 2016), afetando de 6 a 9 % da população (Söderlund & Jobs, 2016), e 3% e 6% em crianças escolares (Rodhe et al., 2000). Uma revisão sistemática indicou que a estimativa para a população geral mundial do TDAH é de 5,3% (Soma et al., 2009); de 5,29% segundo Polanczyk, Lima, Horta, Biederman e Rohde (2007); de 4% para os asiáticos (Soma et al., 2009); e de 2,5% em adultos (APA, 2014). O estudo de Ercan, Bilaç, Özaslan e Rohde (2015), apresenta uma prevalência maior, sendo encontrado o valor de 12,7% para crianças no ensino fundamental.

Estudos tem mostrado que a prevalência e estimativa de sintomas do TDAH diferem dependendo da metodologia de estudo, assim como de critérios de diagnóstico, características demográficas da população, tal como etnicidade, gênero e idade (Pastura, 2007). Um estudo longitudinal realizado na cidade de Niigata – Japão, com crianças pré-escolares, averiguou que

a prevalência do TDAH também difere dependendo da pessoa que avalia os sintomas, tal como os pais, professores e crianças, sendo que a prevalência do transtorno foi consistentemente maior na avaliação dos pais (Soma et al., 2009). Haack et al. (2016), verificaram em uma amostra de 199 crianças com TDAH - Predominantemente Desatento (TDAH-I), em São Francisco - Califórnia, evidências para os princípios fundamentais da hipótese de Depressão-Distorção, encontrando que os pais com altos índices desta psicopatologia possuem esquemas negativos para a interpretação do comportamento de seus filhos com TDAH e relatam o comportamento de seu filho como mais grave.

A estimativa da prevalência do TDAH em relação ao gênero, apresenta diferenças significativas. Na população em geral, a maior incidência é vista no sexo masculino, cerca de 2:1 nas crianças e de 6:1 nos adultos; outra constatação é a probabilidade de pessoas do sexo feminino, apresentarem primariamente características de desatenção (APA, 2014). Uma possível explicação das diferentes taxas de identificação de TDAH em mulheres pode ser que os problemas relacionados ao transtorno experimentados por elas, podem ser menos acentuados do que aqueles tipicamente experimentados por homens e; outra explicação pode estar relacionada ao diagnóstico, onde as comorbidades experimentadas por mulheres como depressão, ansiedade e problemas de aprendizagem, podem mascarar os sintomas do TDAH, ou pelo menos o reconhecimento clínico (Smith et al., 2007).

Sobre as taxas crescentes de diagnóstico e tratamento do TDAH, acredita-se que pode ser reflexo do aumento da conscientização, do acesso ao tratamento ou da mudança nas práticas clínicas. Autores destacam a necessidade da cuidadosa realização do diagnóstico a fim de evitar erros (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014), oriundos de falta de critérios científicos na realização do diagnóstico (Posner et al., 2020). É recomendado que o diagnóstico envolva investigação clínica e interdisciplinar, utilizando diferentes informantes (pais, escolas, crianças) e instrumentos (Barkley, 2002; Pelham et al. 2016; Ribeiro et al., 2017).

A literatura tem apontado a necessidade de maior atenção ao TDAH, visto o alto impacto causado às pessoas com o diagnóstico, à família e à sociedade; entre as consequências prejudiciais frequentes estão menor escolaridade, adequação profissional e escores intelectuais reduzidos (na comparação com seus pares). Há ainda uma maior probabilidade de crianças com TDAH desenvolverem o transtorno de conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando assim a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão (APA, 2014; Barkley, 2002).

De maneira geral, é possível notar que existe mundialmente uma destacada incidência e prevalência do TDAH, sobretudo em crianças do sexo masculino em idade escolar. No que

tange a questão do sexo masculino devemos considerar fatores processuais como representações sociais (macrossistema) e práticas educativas (microssistemas) construídas no que se refere ao ser masculino.

1.5 Transtornos comórbidos ao TDAH

Um ponto importante para compreender o TDAH, dentro de uma perspectiva interacionista, se refere a questão dos transtornos comórbidos. Esses transtornos são frequentes em indivíduos que preenchem critérios para a sintomatologia do TDAH (APA, 2014; Pastura, 2007). Isto significa que crianças, adolescentes e adultos podem apresentar comprometimentos adicionais decorrentes da comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (Rocha & Del Prette, 2010). O Transtorno de Oposição Desafiante e Distúrbio de Conduta são comórbidos com TDAH em cerca da metade das crianças; os Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor e Transtornos de Aprendizagem também costumam ser comórbidos com crianças que preenchem critérios para TDAH (APA, 2014). A depressão pode ser mais comum em crianças com TDAH do que na população em geral e também há um aumento modesto no risco de transtorno de ansiedade, com média de 25% dos casos clínicos (Smith et al., 2007). Outros estudos identificaram que crianças com TDAH são fisicamente menores que as normais, ao menos durante a infância (Spencer et al., 2006). Elas também podem ter mais dificuldades de sono do que as crianças sem o transtorno (Cortese, Lecendreux, Mouren, & Konofal, 2006). A literatura tem apontado que cerca de 87% de crianças diagnosticadas com TDAH podem ter pelo menos um outro distúrbio comórbido e 67% podem ter pelo menos outros dois (Kadesjo & Gillberg, 2001).

No Rio de Janeiro, observou-se a prevalência do TDAH em 8,6% em uma amostra de escolares sendo que em 58% dos casos estiveram presentes comorbidades, dentre as quais o Transtorno opositivo-desafiador esteve presente em 38,5% dos casos (Pastura, 2007). De maneira geral, a estimativa para crianças diagnosticadas com TDAH sem a presença de comorbidades tem prevalência de 30% dos casos (Moraes, Nascimento, & Andrade, 2007).

Uma meta-análise realizada por Nazar et al. (2016), aponta que adultos com TDAH tem um maior risco de comorbidade com um Transtorno Alimentar (TA). Outra revisão de literatura apontou que o TDAH e epilepsia são comumente comórbidos, entretanto, os autores evidenciam uma notável escassez de evidências na literatura psiquiátrica, direcionadoras quanto à segurança e eficácia do tratamento com metilfenidato (MPH) nessa população (Ravi & Ickowicz, 2016).

Bubenzer et al. (2016), investigaram a ligação neural da atividade de reação de agressão em crianças com TDAH, comórbido com o Transtorno Disruptivo do Comportamento; os resultados apontaram deficiência do controle inibitório nesta população. Também em relação ao Transtorno do Espectro Autista, atualmente é identificado que este é comumente comórbido ao TDAH, fato este não aceitável nas versões anteriores do DSM (Antshel et al., 2016).

A presença de comorbidades ao quadro de TDAH está bem presente na literatura da área. Estes dados indicam a importância de rastreio e tratamentos especializados a esta população a fim de promover melhor qualidade de vida.

1.6 Achados clínicos associados à presença do TDAH

Considerado um transtorno neurobiológico, a literatura atual sobre o TDAH indica a existência de alteração no funcionamento do córtex pré-frontal, área cerebral associada com a inibição comportamental (capacidade de parar, olhar e ouvir) e demais funções executivas (Belli, 2008), relativas à memória de trabalho, o controle inibitório, a flexibilidade, planejamento e a atenção seletiva associadas à habilidade na execução de comportamentos voluntários dirigidos a objetivos (Folquitto, 2013; Hannesdotti, et al., 2017).

Na Espanha, Albert et al. (2016), encontraram através de ressonância magnética e de novos métodos de análise a possibilidade de explorar, de uma forma até então desconhecida, as bases neuroanatômicas do TDAH. Entretanto, pouco se sabe sobre a relação entre os sintomas clínicos, as disfunções neuropsicológicas que caracterizam o TDAH e as alterações neuroanatômicas observadas. As regiões envolvendo o TDAH foram o tálamo, cerebelo, estriado ventral, córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal e a amígdala; em semelhança a estes resultados, Zarafshan (2016), identificou através de eletroencefalograma (EEG) atividade cerebral relacionada ao TDAH nas regiões posteriores e cerebelo.

De acordo com Rohde e Benczik (1999), no que tange às estruturas cerebrais, os neurotransmissores dopamina e noradrelanina parecem se apresentar deficitários em funcionamento e quantidade em pessoas com o transtorno. Outro estudo de caso-controle identificou através da técnica de neuroimagem, alta atividade do córtex cingulado ventral anterior e na junção parietal em crianças com TDAH e comórbidas com o Transtorno Disruptivo do Comportamento. A partir desse achado construiu-se a hipótese na qual a deficiência no mecanismo de controle inibitório está relacionada com o aumento do comportamento agressivo/impulsivo dessa população (Bubenzer et al., 2016).

Foram encontradas evidências em uma meta-análise onde crianças e jovens com TDAH, apresentam taxas elevadas de ambos os ácidos graxos n6 / n3 (Omega-6 e Omega-3) e AA (ácido araquidônico) /EPA (ácido licosapentaenóico) no sangue. Estes achados apresentam implicações para o desenvolvimento de futuras intervenções usando ácidos graxos essenciais para tratar o TDAH e para o uso desses como biomarcadores para titulação e monitoramento do tratamento (LaChance, McKenzie, Taylor, & Vigod, 2016). Outro apontamento foi feito por Meguid et al. (2016), em estudo de caso-controle investigando a relação de violência familiar e os níveis de cortisol (hormônio relacionado ao stress) salivares; foi observado menor função cognitiva em crianças com TDAH expostas à abuso parental, e esta foi relacionada aos níveis baixos de cortisol encontrados na saliva destas crianças, indicando o impacto negativo de práticas educativas negativas no desenvolvimento.

Nesta seção alguns estudos que buscaram encontrar possíveis causas orgânicas para o TDAH foram apontadas, fato que mostra um interesse mundial acerca de marcadores genéticos ou biológicos associados ao transtorno, porém nenhum deles estabeleceram até então, conclusões que possam inferir relação de causa e efeito. O que se tem estabelecido é que se trata de um transtorno multicausal (APA, 2014). O tópico a seguir fará uma explanação das etiologias, uma vez que se trata de diferentes causas, considerando-as como fator de risco e proteção ao ciclo vital.

1.7 Etiologias do TDAH: Fatores de risco e proteção

Os trabalhos científicos indicam que a etiologia do TDAH advém de fatores ambientais e genéticos, entretanto esta definição permanece em aberto (Folquitto, 2013). Trata-se de um transtorno que não possui um marcador biológico causal e apesar de genes específicos serem correlacionados, não constituem fatores causais necessários ou suficientes para o aparecimento do mesmo (APA, 2014).

Smith et al. (2007), discutem as evidências para uma base genética do TDAH e estima-se que entre 10 e 35% de famílias com membros com TDAH, os filhos também são susceptíveis para o transtorno. Faraone et al. (2005), acrescentam que o fator hereditariedade no TDAH é um dos maiores dentro dos transtornos mentais, com incidência de 76%. Além do fator genético, atualmente tem-se associado outros fatores de risco ambientais para o TDAH, cujos processos ainda carecem de mais investigação, como a prematuridade, exposição intrauterina ao tabaco, álcool e drogas, baixo peso ao nascer, problemas psicológicos da mãe durante a gestação, complicações perinatais e lesões cerebrais (Barkley, 2002; Smith et al., 2007).

Lima (et al., 2006), verificaram como fator de risco em crianças com TDAH, o Distúrbio de Aprendizagem (DA) e Dificuldade Escolar (DE), principalmente quando presentes nos familiares. O fator de hereditariedade no TDAH é confirmado sendo frequente em parentes biológicos de primeiro grau acometidos pelo transtorno. Rohde e Benczik (1999), explicam que o transtorno em si não é herdado, mas sim a tendência do seu aparecimento, pontuando que os fatores que influenciam na transmissão continuam em aberto.

Ainda, sobre o contraponto às origens genéticas, Signor (2013), identifica que o transtorno não é intrínseco no nascimento da criança, entendendo-o como produto de determinadas interações sociais. Corroborando para a influência das interações sociais, o estudo realizado por Pires et al. (2012), que identificaram através de pesquisa longitudinal com crianças escolares de São Gonçalo-RJ, a maior prevalência do TDAH quando da existência de problemas familiares intensos e agressão verbal materna (prevalência 3,7 vezes maior) do que aquelas não expostas a mesma situação no último ano. Os autores ressaltam a associação entre relações familiares negativas e a presença de QI baixo como fatores preditivos para surgimento de sintomas do TDAH. Outro estudo internacional, realizado com 199 crianças com TDAH, seus pais e professores, identificou a associação de práticas parentais negativas às altas taxas de desatenção para o diagnóstico subtipo desatento (Haack et al., 2016).

A sintomatologia do TDAH, marcada por características biopsicossociais que envolve problemas de comportamento (característica biopsicológica disfuncional como apontado por Bronfenbrenner & Morris, 1998), podem suscitar nos pais e professores, práticas educativas negativas, posto a bidirecionalidade das relações. Isto indica a importância de orientação aos educadores sobre práticas e habilidades sociais educativas, de forma a auxiliar nas dificuldades inerentes e não intencionais das crianças e adolescentes com o transtorno.

De acordo com a literatura da área, quanto maiores são os recursos familiares, melhores são as pontuações em habilidades sociais e em desempenho acadêmico (Marturano, 1999). Ray et al. (2017), identificaram no envolvimento dos pais, um potencializador do funcionamento social saudável em crianças com TDAH. Bhide et al. (2017), encontraram que o apoio dos pais estava positivamente relacionado ao comportamento e responsabilidade pró-social das crianças com TDAH, segundo avaliação dos pais e professores.

As atuações dos professores foram foco da metanálise de Sherman et al. (2008), onde esses autores mostraram que o tempo de formação, os valores e as opiniões dos professores sobre os estudantes com TDAH podem ter um efeito importante e considerável na eficácia do tratamento. Portanto, as práticas educativas adotadas pelos microssistemas família e escola, poderão funcionar como fatores de risco ou de proteção para alunos com TDAH, a depender da

qualidade destas interações indicando a necessidade de orientação específica para estes sistemas.

As incertezas acerca da etiologia do TDAH (Moysés & Collares, 2013), ainda que estejam evoluindo, podem atuar negativamente e por vezes erroneamente sobre o diagnóstico de indivíduos com o transtorno. Segundo Posner et al. (2020), consideram que os limites clínicos atuais para diagnóstico são considerados arbitrários, quando realizados baseados somente na experiência clínica do profissional de medicina, relativo ao número, gravidade ou comprometimento, justificando determinada intervenção. Ressalta-se a importância de avaliação multimodal e baseada em dados científicos bem estabelecidos. Sobre isso, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano pode colaborar para o entendimento desta problemática. Conforme Bronfenbrenner (1996), em nossa cultura, profissionais do setor público e privado, são empregados com o propósito de “(...) diagnosticar as deficiências que supostamente estão na pessoa ou na sua família e de executar procedimentos corretivos, novamente dentro do mesmo domínio limitado, embora com pouca esperança de efetuar uma melhora significativa e duradoura)” (Bronfenbrenner, 1996, p.222). O Autor propõe um modo de superação, que rejeita o modelo de déficit em favor de uma pesquisa, política e prática comprometidas com os experimentos transformadores. Tentamos, sistematicamente, a cada Estudo aplicar esta indicação.

Para Caliman (2008), o desafio bioético e neuro ético atual em relação a identificação e diagnóstico do TDAH propõe aos profissionais envolvidos, questionamentos acerca da análise dos limites éticos e médicos, diante das novas tecnologias utilizadas para o tratamento e otimização da (des) atenção (BRATS, 2014). Essas considerações em relação ao TDAH expressam as linhas tênues e frágeis que limitam o normal e o patológico em relação ao diagnóstico do transtorno, linhas que foram dissolvidas e transformadas em um contínuo somático, por isso a importância da adoção de critérios científicos.

Em suma, conforme Rohde e Benczik (1999), o modelo mais aceito atualmente no que tange às causas do TDAH refere-se a uma vulnerabilidade herdada que pode ser desencadeada ou não por fatores ambientais. Este tópico apresentou diferentes perspectivas no que tange a definição das causas do TDAH, por um lado, causas biológicas, e noutro, causas influenciadas pelos diferentes sistemas, todavia, a discussão atual considera que as causas para o TDAH estão entre essas duas perspectivas.

1.8 Diagnóstico: Critérios atuais

A definição da APA (American Psychiatric Association – DSM V, 2014), descreve que o TDAH apresenta como característica essencial um padrão persistente de desatenção, e/ou hiperatividade – impulsividade. As características da desatenção envolvem divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização, não constituindo consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade manifesta-se em atividade motora excessiva, quando não apropriado, como batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (por exemplo - atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Segundo Barkley (2002), crianças com TDAH tendem a optar por tarefas com recompensas menores e imediatas em detrimento de trabalhar mais por uma recompensa maior adiante.

De acordo com a APA (2014), os critérios para o diagnóstico do TDAH são caracterizados pela presença dos seguintes sintomas:

1. Desatenção - apresentar seis ou mais sintomas presentes pelo menos seis meses, que estejam inconsistentes com o nível de desenvolvimento e/ou causando impacto negativo nas atividades sociais, acadêmicas e profissionais. Para pessoas com 17 anos ou mais, são necessários cinco sintomas, no manual são descritos 9 itens de sintomas:

a) Muitas vezes, deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades.

b) Muitas vezes, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em permanecer focado durante as palestras, conversas ou leitura longa).

c) Muitas vezes, parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d) Muitas vezes, não segue instruções e não termina tarefas domésticas, escolares ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado).

e) Muitas vezes, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os

pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, tem má administração do tempo, não cumpre prazos).

f) Muitas vezes, evita, não gosta, ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa ou para os adolescentes mais velhos e adultos: elaboração de relatórios, preenchimento de formulários, etc).

g) Muitas vezes, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis).

h) É facilmente distraído por estímulos externos.

i) É muitas vezes esquecido em atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas escolares, adolescentes e adultos mais velhos: retornar chamadas, pagar contas, manter compromissos).

2. Hiperatividade e Impulsividade: seguem os mesmos critérios acima citados; um adendo explicando que os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Este subtipo é composto por 9 itens:

a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.

b) Muitas vezes levanta-se ou sai do lugar em situações que se espera que fique sentado (por exemplo, deixa o seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho, ou em outras situações que exigem que se permaneça no local).

c) Muitas vezes, corre ou escala em situações em que isso é inadequado (Em adolescentes ou adultos, esse sintoma pode ser limitado a sentir-se inquieto).

d) Muitas vezes, é incapaz de jogar ou participar em atividades de lazer calmamente.

e) Não para ou frequentemente está a “mil por hora” (por exemplo, não é capaz de permanecer ou fica desconfortável em situações de tempo prolongado, como em restaurantes e reuniões).

f) Muitas vezes, fala em excesso.

g) Muitas vezes, deixa escapar uma resposta antes da pergunta ser concluída (por exemplo, completa frases das pessoas; não pode esperar por sua vez nas conversas).

h) Muitas vezes, tem dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo, esperar em fila).

i) Muitas vezes, interrompe ou se intromete em outras relações (por exemplo, intromete-se em conversas, jogos ou atividades, começa a usar as coisas dos outros sem pedir ou receber permissão).

Os critérios para o diagnóstico do TDAH no DSM V publicado em 2013, em relação ao DSM – IV são similares, sendo mantido a listagem de dezoito sintomas divididos em Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. As alterações ocorreram em relação aos subtipos do transtorno, que foram substituídos por especificadores de mesmo nome, à idade necessária e quantidade de sintomas como critérios de diagnóstico, a saber, pessoas de até dezessete anos de idade precisam apresentar seis dos sintomas listados; já indivíduos com idade maior que 17 anos precisam apresentar apenas cinco. O manual DSM IV, definia a exigência que o início dos sintomas estivessem presentes até os sete anos, contudo, no DSM V a idade limite passa ser de 12 anos, assim como houve a permissão para que o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista sejam diagnosticados como transtornos comórbidos. Estas modificações provocam polêmica pelo risco do aumento da incidência do TDAH na população geral, entretanto, esta mudança é considerada favorável pela APA e para diversos especialistas (Araújo & Neto, 2014; Botero et al., 2016).

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o TDAH é referido dentro do Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), identificado com o código F90 Transtornos hipercinéticos. A descrição envolve: Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos devem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima. São excluídos: esquizofrenia (F20.-), transtornos: ansiosos (F41.-), globais do desenvolvimento (F84.-) e de humor [afetivos] (F30-F39) (CID-10, 2008). Justifico o uso desta versão (CID-10) para apresentação no texto desta tese, uma vez que foi a diretriz utilizada pelos médicos do município onde o estudo foi realizado, e também, pela data em que a versão atualizada (CID-11) entrará em vigor, posterior a data de finalização deste trabalho.

O diagnóstico de TDAH em crianças pré-escolares pode ser mais difícil devido a taxas mais altas de problemas de comportamento entre a população normal nessa idade. No entanto, estudos sugeriram que um diagnóstico confiável e válido possa ser feito em crianças com idade de início de 3 anos e 7 meses de idade (Lahey et al., 2006), embora a precisão e confiabilidade no diagnóstico de subtipos de TDAH não parece se estabilizar até que as crianças estejam com cerca de 7 ou 8 anos (Smith et al., 2007).

Conforme Fischer et al. (2006), cerca de 35% de crianças e 50% dos adultos com TDAH apresentam o início do transtorno após sete anos de idade, sendo por este motivo que se desencoraja fortemente os avaliadores a usarem descrição quanto ao início antes da idade de sete anos, recomendando utilizar um início de antes dos 16 anos de idade para capturar todos os casos legítimos de transtorno. Esse estudo apresenta instrumentos sugeridos pelos autores para rastreio do TDAH a serem avaliados por professores são: 1. A Escala de classificação do professor (TRF, Sistema de avaliação comportamental para crianças; Segunda Edição (BASC-2) 2, A lista de verificação de Disruptive Behavior Disorders of Sintomas de DSM-IV (DBD); 3. O Questionário de Situações Escolares (SSQ), 4. O Índice Global Conners (CGI) e 5. A Escala de Avaliação de Deterioração para Crianças (CIRS).

Destaca-se que existem diversos instrumentos validados tanto para a amostra internacional, quanto nacional, para a realização do diagnóstico, como por exemplo a *Escala de Conners*, *SNAP IV* (ambos, específicos para o rastreio de TDAH), *SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)*, *CBCL (Child Behavior Checklist)* e *TRF (Teachers Report Form)*, que dentre outros sintomas, revelam indicadores de hiperatividade, sendo todos restritos ao uso de psicólogos/os e, o *K-Sads* para aplicação de psiquiatras.

No presente estudo optou-se pela *Escala de Conners* como principal instrumento de mensuração das características do TDAH na população estudada. A escolha por esta Escala se deu a partir da verificação do seu uso por muitos estudos relevantes da área para o diagnóstico, além de estar traduzida e validada para a população brasileira. Ademais, esta Escala mensura uma diversidade maior de comportamentos e sintomas em comparação a *SNAP IV*, como por exemplo, persistência e perfeccionismo, sintomas associados à desatenção, índices de medos e somatizações (abarcando dimensões da ansiedade), condutas antissociais (como furtos), relacionamentos entre pares da mesma idade (familiares ou não), entre outros, que ao serem identificados déficits nestes domínios poderão orientar intervenções psicológicas mais específicas.

1.8.1 Subtipos do TDAH

Ressalta-se que a questão da identificação dos subtipos é essencial dentro do diagnóstico de TDAH, uma vez que pode indicar caminhos de intervenção mais condizentes com as especificidades dos sintomas. De acordo com a APA (2014), os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, na maior parte das crianças não se manifestam simultaneamente. No DSM V essas diferenças são classificadas em três subtipos, de acordo com a predominância de sintomas: predomínio em sintomas de desatenção (1. Tipo predominantemente desatento) ou de hiperatividade e impulsividade (2. Tipo predominantemente hiperativo-impulsivo) ou de ambos (3. Tipo combinado). A seguir são listados os subtipos conforme descritos no DSM-V.

314.1 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.0 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.1 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.8) Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado. Refere-se quando apresentação de sintomas não satisfaz os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico.

314.01 (F90.9) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado. Utilizado quando há presença de sintomas do TDAH que causam sofrimento no funcionamento social, porém não satisfaz todos os critérios.

Ressalta-se ainda a necessidade de diagnóstico diferencial como forma de garantir uma intervenção precisa ao paciente. Os transtornos psiquiátricos que devem ser analisados quando na realização do diagnóstico diferencial são: Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno Explosivo Intermitente, Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento, Transtorno Específico da Aprendizagem, Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Apego Reativo, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar, Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtornos da Personalidade, Transtornos Psicóticos, Sintomas de TDAH induzidos por medicamentos e Transtornos Neurocognitivos (APA, 2014).

Na Classificação Internacional de Doenças, o transtorno hiperkinético (TDAH) pode ser subdividido em:

1. F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção, Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade, Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade e Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção. Exclui: transtorno hiperkinético associado a transtorno de conduta (F90.1)
2. F90.1 Transtorno hiperkinético de conduta: Transtorno hiperkinético associado a transtorno de conduta
3. F90.8 Outros transtornos hiperkinéticos
4. F90.9 Transtorno hiperkinético não especificado: Reação hiperkinética da infância ou da adolescência SOE e Síndrome hiperkinética SOE (CID-10, 2008). Ressalta-se que todas as crianças participantes deste estudo tiveram em seus laudos, a definição do TDAH atribuída conforme o CID-10, que foi atualizado, tendo a vigência da versão CID-11 a partir de janeiro de 2022.

Os dois grandes manuais vigentes apresentam critérios bem nítidos sobre descrição e permanência dos sintomas para diagnóstico do TDAH, o que favorece a identificação do transtorno. Por outro lado, a não utilização de multi-informantes e diferentes instrumentos de avaliações podem contribuir para a expansão de casos de forma indevida. Em síntese, considerando como correto o diagnóstico com enfoque multiprofissional, a fim de garantir maior validade do mesmo, passa-se a para discussão quanto às políticas educacionais de inclusão de alunos com o transtorno.

1.9 Educação Inclusiva: Legislação e limitações

Estudos sobre a inclusão de alunos com TDAH, no contexto escolar, são essenciais para apoio a todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. No entanto, é um assunto pouco explorado no contexto nacional, como uma modalidade da Educação Especial (Abrahão et al., 2020; Rocha & Del Prette, 2010), devido às questões legais que não estabeleciam o TDAH como critério de inclusão na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Lei nº 9.394 – LDB (posta em 20/12/1996 e atualizada em 7/11/2014). Vigora a lei no capítulo V, art. 58, a educação especial como modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação; garantindo serviços de apoio

especializado na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, datada de 2007, não havia incluído os estudantes com TDAH dentro da Educação Especial. A partir de então foram realizadas iniciativas da sociedade civil e de organizações (como a Associação Brasileira do Déficit de Atenção-ABDA), cujas as ações tinham por objetivo a conquista de garantias legais para as pessoas com TDAH. Dentre as metas alcançadas no período obteve-se o reconhecimento no ENEM, promovendo adaptações no estilo de prova e algumas leis regionais, como por exemplo, Lei nº 11076/2019 (ES), propondo que as unidades escolares públicas e privadas, no Estado do Espírito Santo, fiquem obrigadas a disponibilizar em suas salas de aula assentos na primeira fila aos estudantes com TDAH, assegurando seu posicionamento afastado de janelas, cartazes e outros elementos possíveis potenciais de distração, encontra-se aprovada; Lei Estadual nº 5310/2014 (DF), dispõe sobre a educação especial e o atendimento e acompanhamento integral aos estudantes que apresentem necessidades especiais, inclusive TDAH, esta encontra-se aprovada; entre outras (ABDA, 2019).

Vários processos estiveram em tramitação aguardando que o Projeto de Lei 7081/2010 fosse votado e sancionado pela Presidência da República. Durante o período anterior a votação, o Ministério Público, através dos parâmetros no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e do Decreto Legislativo nº 186, de 2008, exposto no Artigo 5º, Parágrafo 3 da Constituição Federal, vinha proporcionando sentenças favoráveis para as pessoas com TDAH que buscavam os seus direitos, inclusive acesso gratuito à medicação, exposto no artigo 11º (<https://tdah.org.br/>).

Relativo a essa atualização na legislação, a Lei 14.254/21 (origem no Projeto de Lei 7081/10) foi publicada em 01 de dezembro de 2021, no Diário Oficial da União, cuja normativa direciona que as escolas da rede pública e privada devem garantir acompanhamento integral e específico precocemente aos estudantes com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem que apresentam instabilidade na atenção ou alterações no desenvolvimento da leitura e da escrita. As necessidades dos alunos deverão ser atendidas (por profissionais do ensino e saúde), e havendo a necessidade de intervenção terapêutica, o acompanhamento do educando deverá ser multidisciplinar. Os sistemas de ensino deverão garantir a formação adequada de professores para identificação precoce dos transtornos (Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2021/lei-14254-30-novembro-2021-792022-norma-pl.html>).

Alguns materiais já desenvolvidos podem auxiliar o manejo escolar para a inclusão de estudantes com TDAH. O material publicado pelo Ministério da Educação (MEC), que visa a formação de professores e gestores: Educar na Diversidade, prevê o ensino de aprendizagem significativa e estratégias de respostas à diversidade, de forma a indicar o ajuste do ensino e flexibilização do currículo, buscando melhor adaptação às necessidades educacionais dos estudantes (MEC, 2003). Outro documento bastante relevante é intitulado “Index para a Inclusão” (Booth & Ainscow, 2012), que fornece apoio às escolas quanto ao conteúdo a ser avaliado, indicando como e o que o professor pode planejar, ensinar e revisar, bem como desenvolver recursos de suporte à aprendizagem de alunos com TDAH.

Pelo exposto, sabe-se que alunos com TDAH até a data de 30.11.2021 não faziam parte da PNEE, no entanto, ressalta-se que cabe ao contexto escolar, considerando a abrangência da inclusão educacional, a reformulação de práticas que viabilizem um melhor aproveitamento social e de aprendizagem de estudantes diagnosticados com o transtorno. Nesse cenário, indo ao encontro da Lei vigente, mais uma vez destaca-se a necessidade de formação continuada aos professores, como apoio às suas práticas; impulsionando novas possibilidades de atuação que poderiam contribuir para a despatologização do transtorno, impactando positivamente na qualidade de vida das crianças e adolescentes com TDAH.

1.10 Tratamentos para o TDAH

1.10.1 Tratamentos não farmacológicos: Possibilidades e alcances

Existe uma variedade de intervenções não medicamentosas para o tratamento do TDAH, entre elas estão inclusos os tratamentos psicológicos e aqueles que enfocam a dieta alimentar. No que tange ao tratamento alimentar, embora a eficácia tenha sido respaldada por metanálises e revisões sistemáticas, diversos estudos demonstram deficiências nos desenhos metodológicos, como amostras não aleatorizadas, amostras sem TDAH, ou resultados que não correspondem ao TDAH, o que não permite conclusões sólidas (Fabiano et al., 2009; Ferrin et al., 2016).

A justificativa para as intervenções com enfoque na dieta está pautada na associação entre estilo de vida, a dieta e a saúde mental, assim as intervenções realizadas em dieta atualmente para o tratamento do TDAH envolvem a retirada de corantes artificiais e conservantes, dietas de eliminação restritiva/dietas oligoantigénicas, suplementação com ácidos graxos ômega 3 e a suplementação com vitaminas e micronutrientes. Alguns estudos demonstraram a associação entre os aditivos e sintomas do TDAH, contudo, apresentam lacunas

metodológicas e envolvem amostras pequenas. Outra questão é que não se sabe quais produtos químicos e quais doses influenciam no quadro (Ferrin et al., 2016).

Ferrin et al., (2016), apontam diferentes perspectivas sobre tratamentos baseados na alimentação. Inicialmente argumentam que a eliminação restritiva ou dietas oligoantigénicas tratam de dietas que eliminam alimentos que causam alergia ou intolerâncias, que estão pautadas na hipótese da teoria ige-TDAH, de que certos alimentos que se associam a este anticorpo poderiam associar-se a um prejuízo comportamental. Outra perspectiva das dietas alimentares está na importância da ingestão de ácidos graxos (ômega 3 e ômega 6), dado que não são sintetizados no corpo humano e possuem importante papel na estrutura e função em células neuronais do cérebro e na bainha de mielina. Alguns estudos evidenciaram o papel importante destes ácidos; outros estudos encontraram menores concentrações de ácidos graxos ômega 3 em crianças e adultos com TDAH, justificando assim o interesse nestas dietas; também foram encontradas uma diminuição pequena, mas válida nos sintomas do TDAH quando administrados tais ácidos. Contudo, a relevância desta terapia continua incerta e deve ser considerada como um complemento ao tratamento farmacológico em crianças. Finalmente, destacam a importância da suplementação com vitaminas e micronutrientes, como ferro, magnésio e zinco, partindo do pressuposto que o metabolismo dos neurotransmissores requer enzimas e que as funções enzimáticas dependem de vitaminas e minerais em quantidades adequadas. Em síntese, o TDAH, bem como outros transtornos psiquiátricos, pode estar associados a disfunções metabólicas logo, baixa quantidades ou diversidade destes compostos poderiam contribuir para tais transtornos. Os autores concluem que apesar dos bons resultados encontrados, são necessários estudos em larga escala e com qualidade metodológica, de forma a apresentar dados robustos sobre os benefícios dessas terapias.

A segunda grande frente de tratamento para o TDAH envolve intervenções psicossociais. A literatura tem apontado que esses tratamentos são baseados nos princípios de aprendizagem social e no repertório de comportamento, podendo ser aplicados por pais, terapeutas e facilitadores (como professores), sendo o objetivo reduzir os comportamentos inapropriados (Ferrin et al., 2016; Menezes et al., 2015; Pelham et al., 2016). As abordagens psicossociais utilizadas e que apresentaram resultados positivos na intervenção ao TDAH, podem ser adotadas de forma isolada ou como apoio ao tratamento farmacológico. Geralmente essas terapias baseiam-se em pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental e Análise do Comportamento, com intervenções dirigidas às crianças e educadores (pais e professores), focadas na mudança do repertório comportamental, com destaque à promoção de habilidades de sociais. Os tratamentos multimodais são preferenciais pelo caráter de melhorias não apenas

dos sintomas, como também do funcionamento do indivíduo, em detrimento do tratamento farmacológico apenas (Menezes et al., 2015; Pelham et al., 2016; Rey et al., 2017; Storebø et al., 2019).

Rohde e Benczik (1999), salientam que a primeira intervenção deverá ser educacional, oferecendo informações nítidas e precisas à família acerca do TDAH. Treinamentos para os pais focados no manejo dos sintomas dos filhos poderão ser úteis, a fim de aprenderem melhores estratégias para auxiliá-los na organização e no planejamento das atividades realizadas em casa, como por exemplo manter um ambiente silencioso e sem maiores estímulos visuais para estudarem.

Barkley (2002), aponta que as intervenções na escola devem enfatizar o desempenho escolar e vivências positivas, de modo que os professores sejam orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos; rotinas diárias consistentes e ambiente escolar previsível (procedimentos que ajudam as crianças a manterem o controle emocional); estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem e; tarefas que não sejam demasiadamente longas e com explicações passo a passo. Adicionalmente, Ferrin et al. (2016), afirmam que as escolas podem buscar solucionar os problemas acadêmicos que acometem os estudantes por meio de algumas estratégias como colocá-los sentados próximo ao educador, treinamento para escrita (tomada de notas), ajuda na leitura oral, alternância de exercícios difíceis e fáceis, permissão de descansos regulares, empregar estímulos e cores atrativos nas tarefas, apoio de pares com alto rendimento e retroalimentação imediata por parte do professor, têm se mostrado práticas pedagógicas com efeitos positivos em diversos estudos.

Uma metanálise conduzida por Gregory et al. (2009), composta por 114 estudos que propunham tratamento comportamental para crianças com TDAH, aponta que os tratamentos comportamentais são altamente eficazes. Baseados nos resultados analisados, ressaltaram que tratamentos que foquem nos comportamentos problemáticos são úteis dado que envolvem a terapia clínica do comportamento e gerenciamento de contingências. Conforme Ferrin et al. (2016), as intervenções comportamentais requerem mais evidências resultantes de estudos cegos antes de ser indicado como tratamento de primeira linha para os sintomas principais do TDAH. Ressaltam que, ainda que muitos estudos aleatorizados já tenham sido desenvolvidos, há necessidade de métodos mais robustos.

Além das terapias baseadas na análise do comportamento, existem as pautadas na cognição, cuja justificativa fundamenta-se na associação de diversos déficits neuropsicológicos que sustentam processos cognitivos e motivacionais presentes em indivíduos com TDAH. O

treinamento cognitivo centra-se na plasticidade e na reorganização de estruturas e funções do cérebro. Intervenções cognitivas para o TDAH são administradas individualmente ou em grupo, e podem focar nos pensamentos e esquemas negativos da criança, conforme os sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados, sendo que a modificação de um componente poderá modificar os demais. As intervenções podem ser aplicadas junto a pais e escolas, com o objetivo de reduzir os sintomas de TDAH; existe ainda um crescente interesse no treinamento cognitivo com uso do computador, com efeitos moderados, contudo, tais estudos requerem mais investigação (Ferrin et al., 2016).

Humphrey (2009), em estudo realizado apresenta e discute estratégias-chave ou métodos de treinamentos baseados em evidências, para facilitar a inclusão de estudantes com TDAH. Além das diversas técnicas pedagógicas apontadas, o autor traz como orientação para o planejamento e escolha de métodos, que ao tratar de inclusão, primeiro será necessário discutir a noção de "educação inclusiva".

Yazd et al. (2015), realizaram um estudo com crianças com TDAH tendo como foco a parte motora (frequentemente afetada nessas crianças), cujos resultados indicaram que intervenções usando o treinamento de coordenação motora (fina e grossa) somente ou combinado com a terapia medicamentosa, melhorou significativamente as habilidades motoras durante um período de seis semanas. Contudo, os participantes que receberam somente o medicamento não apresentaram melhoras em sua performance motora.

Menezes et al. (2015), investigaram se uma intervenção com foco em funções executivas poderia promover melhorias nas habilidades deficitárias da criança diagnosticada com o TDAH. Observaram que esta intervenção contribuiu para a diminuição de respostas impulsivas, aumentou escores de atenção e memória, promoveu autocontrole e regulação emocional.

Funções executivas (EF) são definidas como um conjunto de processos cognitivos que envolvem a regulação da cognição e do comportamento, possibilitando o engajamento do indivíduo em ações complexas (Dias et al., 2010); tem-se que dentre os problemas observados no TDAH, a diminuição sobre o controle de impulsos ou da capacidade de inibição do comportamento se associa a dificuldades consideráveis para conter respostas imediatas ao invés de utilizar o pensamento antes da ação (Barkley, 2002); assim intervenções baseadas em funções executivas podem contribuir consideravelmente a indivíduos com TDAH.

Outro estudo envolvendo a aplicação de um programa de treino de atenção, realizado com 32 crianças diagnosticadas com o TDAH, indicou que os programas de treino de atenção possuem o potencial de facilitar o funcionamento da atenção em crianças com TDAH tratadas

com medicamentos. Este programa consistiu no desenvolvimento de sessões individuais, duas vezes por semana, durante quatro semanas, onde foram treinados aspectos da vigilância, atenção seletiva e atenção dividida. O treinamento de percepção visual auxiliou as habilidades perceptuais, tais como percepção de figura e fundo, forma constância e a posição no espaço (Tucha et al., 2011).

Outro tipo de intervenção cognitiva baseada em neurofeedback tem sido considerado como um tratamento promissor, conforme resultados de estudos para a redução de sintomas principais do TDAH. Essas intervenções partem do pressuposto de que as pessoas com TDAH possuem dificuldades em certas áreas, como planejamento e organização, logo buscam melhorar tais dificuldades diretamente com a criança ou através de educadores (pais e professores), para os últimos se faz necessário que sejam ensinados (Ferrin et al, 2016).

Programas de treino de habilidades sociais podem beneficiar os portadores de TDAH, visto que podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades como autorregulação, solução de problemas e assertividade que costumam ser habilidades deficitárias em indivíduos impulsivos. O THS (Treinamento de Habilidades Sociais) é definido como um conjunto de atividades que objetiva ensinar novas habilidades sociais e extinguir ou diminuir comportamentos concorrentes (Del Prette & Del Prette, 2001; 2008; 2017; 2019; Leme et al. 2015). A literatura aponta que a aquisição de habilidades sociais favorece a capacidade de autocontrole de crianças sobre suas ações, resultando em diminuição dos comportamentos problemáticos (Elias & Amaral, 2016), o que pode vir a auxiliar a atenção e o autocontrole em crianças com TDAH. Boo e Prins (2007), em revisão sistemática realizada em Amsterdam, entre 1995 e 2005, encontraram alguns estudos experimentais que evidenciaram possíveis mediadores e moderadores da eficácia do tratamento do TDAH por meio do treino de habilidades sociais.

Pesquisas de intervenção em habilidades sociais direcionadas a crianças com TDAH apresentaram resultados positivos. Pfiffner et al. (2013; 2014; 2016), desenvolveram intervenções combinando treino de habilidades sociais para crianças e orientações a pais e professores, durante 10 semanas, com sessões entre 40 e 90 minutos, com a condução de um terapeuta e coterapeuta. Os estudos indicaram melhoras significativas nos sintomas e nas habilidades sociais e acadêmicas, no entanto, tratou-se de intervenções onerosas, onde professores e famílias recebiam um valor em dinheiro para participarem.

Na mesma direção, Hannesdotti, et al. (2017), realizaram um treinamento combinado para pais e filhos baseado no programa OutSMARTers, com foco no ensino de habilidades sociais e aprimoramento das funções executivas para filhos. A intervenção para filhos teve duração de 10 encontros, sendo duas sessões durante cinco semanas, com duas horas de

duração. Os pais receberam intervenção em grupo, durante sete semanas com duração de duas horas cada. Como potencial, esse tratamento é mais breve e menos caro do que alguns outros programas para crianças com TDAH, como o programa de tratamento intensivo de verão Multimodal Treatment of ADHD (MTA) onde as crianças frequentam nove horas por dia durante oito semanas (Pelham & Hoza, 1996). A limitação desse estudo envolveu uma amostra pequena (N=41) e a não mensuração do repertório das crianças medicadas como efeito moderador aos ganhos do treino.

Outro exemplo de intervenções direcionadas ao desenvolvimento de habilidades sociais, com excelentes resultados foi realizada por Pelham et al. (2016), em tratamento combinado, composto por orientações para pais e no ensino de habilidades sociais para crianças, durante oito semanas. As crianças (N=152) foram acompanhadas por um ano e reavaliadas por diferentes profissionais, médicos, professores e supervisores-terapeutas, o que demonstra o alcance, mas também a característica onerosa deste delineamento. O destaque desse estudo foi evidenciar que as crianças que começam com tratamento comportamental (pais e crianças) apresentam melhor comportamento em comparação com aquelas que iniciam usando medicação, indicando assim, que o tratamento mais eficaz seria iniciado com tratamento comportamental, orientações aos contextos e inserção de medicação somente quando necessário.

Em suma, esses estudos revelam a importância da condução de pesquisas com o propósito de desenvolvimento de habilidades sociais em crianças com TDAH. Por outro lado, revelaram algumas dificuldades quando transpostas para a realidade brasileira, considerando baixos financiamentos em pesquisas; em adição, a participação de médicos, professores, embora essencial, também pode ser dispendiosa.

Em resumo, o tratamento combinado (medicamentoso e psicológico), inserindo família, professores e pares é o mais recomendado, por abordar diferentes contextos, produzindo diferentes fatores de proteção, como ambiente reforçador a comportamentos habilidosos, rotina estruturada e interações sociais benéficas (Ghosh et al., 2017), condições contextuais promotoras de desenvolvimento. Reiterando que o padrão ouro indica protocolos com comprovação de eficácia para o TDAH, podendo ser adotada a intervenção medicamentosa, terapia comportamental e o neurofeedback (Arns et al., 2020; BRATS, 2014). Destaca-se, nesse cenário, uma lacuna na área nacional, relativa à ausência de intervenção com foco no desenvolvimento de habilidades sociais para crianças com TDAH (Abrahão & Elias, 2021a).

1.10.2 Tratamento Farmacológico

Dentre os medicamentos mais utilizados para o tratamento do TDAH está o cloridrato de metilfenidato; refere-se a um estimulante atuante no sistema nervoso central que apresenta estrutura semelhante à anfetamina, prescrito com mais frequência para crianças com TDAH do que as anfetaminas; a farmacodinâmica do metilfenidato e anfetaminas são semelhantes, no entanto, os efeitos neuroquímicos e clínicos dos dois estimulantes são distintos, vê-se melhoria associada do uso com os desempenhos em tarefas e acadêmico (Arnold, 2000; 2020).

A eficácia do uso de psicoestimulantes no tratamento do TDAH é amparada por dados que indicam melhora no desempenho em teste de tempo de reação, de atenção concentrada e da onda P300 (Santos & Vasconcelos, 2010). O exame P300 é nomeado de Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência, que revela a manifestação eletrofisiológica da estratégia do sistema nervoso central na execução de uma tarefa que requer atenção, proporcionando a análise das funções atencionais e cognitivas e ainda questões associadas ao processamento auditivo central, atenção e concentração, transtornos psiquiátricos e demência (Mendonça et al., 2013).

É enfatizado por autores da área a avaliação dos resultados de tratamento como um processo contínuo, de modo que é extremamente importante avaliar a resposta ao tratamento repetidamente e caso a caso, reforçando a importância de acompanhamento a médio e longo prazo (Barkley, 2005; Posner et al., 2020; Smith et al., 2007). O princípio ativo do metilfenidato promove um aumento de dopamina na fenda sináptica em regiões como o striatum, sendo esse o principal suporte para a teoria da hipofunção dopaminérgica (Arnold, 2000; 2020; Biederman & Spencer, 1999) associado ao transtorno.

O metilfenidato e anfetaminas são considerados a terapia de primeira linha para o TDAH (Arnold, 2020; Gandía et al., 2015; Mattos, 2014; Posner et al., 2020); e recentemente o psicoestimulante/anfetamina Lisdexamfetamine dimesylate (LDX) foi aprovado para o tratamento de TDAH no Brasil (Mattos, 2014). Em 2009, após a legalização e direito concedido a adultos com TDAH de retirarem o remédio nas farmácias, notou-se crescimento no uso do psicotrópico, revelando um impacto a ser considerado pelas políticas assistenciais de saúde. O gasto anual na compra do fármaco atingiu R\$ 1.699.254,20 e em 2011 o investimento foi de R\$ 3.026.167,80, representando 178% de aumento investido na compra do metilfenidato (Caliman & Domitrovic, 2013). Essa tendência se mantém no Brasil para o consumo de metilfenidato nos últimos cinco anos, sendo vendidas por ano, mais de um milhão e 500 mil caixas (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2021).

Estudo de delineamento randomizado uni cego cruzado foi destacado que o metilfenidato interfere na diminuição da criatividade, nos itens de fluência, originalidade e força criativa de crianças com TDAH (Hernández & Selva, 2016); outros estudos identificaram que o psicoestimulante apesar de eficaz, pode também causar sérios efeitos colaterais, incluindo perda de apetite, retardamento do crescimento e problemas relacionados ao sono (Ibrahim, Vogt, & Donyai, 2016; Uytterhoeven & Danckaerts, 2016).

Divergências acerca do uso deste fármaco são atuais, se por um lado o metilfenidato promove melhora comportamental para a sintomatologia do TDAH, por outro, são destacados efeitos colaterais problemáticos como insônia ou sonolência, alucinações, piora da cognição, hipertensão, parada cardíaca e o efeito designado por *Zombie Like*, definido como ausência de pensamentos e sensações. Moysés (2012), apontou o Brasil como o segundo maior consumidor de medicamentos para tratamento de distúrbios relacionados ao comportamento e à aprendizagem. Esta prática está associada, conforme Beltrame (et al., 2019) ao tratamento que quando focado sobre o aluno, reduz o fenômeno a uma única parte, para esta questão que é complexa e multifacetada, considerando o macrossistema.

O Conselho Federal de Psicologia juntamente com outros órgãos e países vem desenvolvendo a campanha “Não à Medicalização da Vida”, que objetiva colocar o assunto em discussão apontando para os perigos da medicalização, responsabilização da criança/adolescente, pouca reflexão das práticas escolares, dentre outros princípios. Entende-se por Medicalização o processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em classificações psiquiátricas, rótulos, estigmas, depositando no indivíduo as causas de suas dificuldades (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Preocupações em relação ao uso dos estimulantes como tratamento do TDAH são encontradas em estudos internacionais. Os autores Uytterhoeven e Danckaerts (2016), identificaram um significativo aumento no uso do psicoestimulante nos últimos 20 anos e uma grande preocupação é expressa em relação à segurança dessa medicação. Nesta revisão sistemática da literatura, identificaram que os efeitos mais frequentes são problemas no sono e inibição do apetite, ocorrendo logo após o início do tratamento e não envolve maiores riscos. Entretanto, são encontrados raros, porém graves efeitos, como por exemplo, morte súbita e suicídio. Por outro lado, é visto que a medicação tem um efeito de proteção no abuso de substâncias em adolescentes. Os efeitos em longo prazo 50 - 60 anos ainda não foram estudados, considerando-se importante avaliar cuidadosamente a criança antes e depois do início da medicação (estudos longitudinais).

Médicos orientam que a medicação seja utilizada nos períodos escolares e suspensa aos finais de semana e férias. Esta interrupção tem por objetivo amenizar os efeitos colaterais de longo prazo e, em curto prazo, os efeitos secundários (Santos & Vasconcelos, 2010). Os efeitos secundários decorrentes do uso estimulantes envolvem: insônia, cefaleia, irritabilidade, agitação, nervosismo, perda de apetite, náuseas, perda de peso, exacerbar tics, sintomas psicóticos, maníacos e convulsões em crianças que possuem risco para esses quadros clínicos. Além disso, outras condições prejudiciais estão associadas aos estimulantes, como morte cardíaca súbita e acidentes cerebrovasculares, em específico o metilfenidato foi associado a morte súbita em indivíduos com alterações estruturais cardíacas; podem atrasar/ reduzir o crescimento na infância; e potencial para serem utilizados de forma indevida, como abuso no uso para melhorar o desempenho acadêmico (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Cruz et al., 2016; Moyses, 2012).

O composto dimesilato de lisdexanfetamina no Brasil vem sendo alvo de pesquisas nos últimos anos (Diaz, Fernandez, Morillo, & Climent, 2016). Em estudo realizado na Espanha com pacientes com TDAH, buscou-se avaliar a eficácia do Lisdexanfetamina através da administração do teste de realidade virtual AULA Nesplora antes da prescrição de fármaco e logo após o tratamento. Os autores identificaram melhora significativa na atenção e hiperatividade (Dias et al., 2015).

Ainda, nesta direção, a revisão sistemática realizada por Mattos (2014), com busca na Medline / PubMed para "d-amfetamina", "lisdexamfetamina" e "lisdexamfetamina dimesilato", analisando artigos publicados entre janeiro de 2000 e novembro de 2013, encontrou que benefícios terapêuticos da LDX em crianças com TDAH são alcançados 1,5 horas após a sua administração, permanecendo até 13 horas, com eficácia comparável ou superior à de outros psicoestimulantes disponíveis. Diferente dos outros psicoestimulantes, a maior incidência de eventos adversos associados com LDX foram considerados leves ou moderados em gravidade, sendo os mais comuns a perda de apetite e insônia. Os achados de Gandía et al. (2015), confirmam a eficácia do LDX em pacientes que não respondiam ao tratamento com metilfenidato. A seguir a Figura 2 mostra os nomes dos compostos químicos utilizados no tratamento do TDAH, as dosagens e tempo de duração de efeito.

NOME QUÍMICO	DOSAGEM	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO
PRIMEIRA ESCOLHA: estimulantes		
Lis-dexanfetamina (anfetamina)	30, 50 ou 70 mg pela manhã	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	5 a 20 mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	(18 a 54 mg pela manhã, a depender do fabricante)	De 8 a 12 horas (a depender do fabricante)
SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante.		
TERCEIRA ESCOLHA		
Atomoxetina	10, 18, 25, 40 e 60 mg 1 vez o dia	24 horas
QUARTA ESCOLHA: antidepressivos		
Imipramina	2,5 a 5 mg por kg de peso divididos em 2 doses	-----
Nortriptilina	1 a 2,5 por kg de peso divididos em 2 doses	-----
Bubropiona	150 mg 2 vezes ao dia	-----
QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo		
SEXTA ESCOLHA: alfa-antagonistas		
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo)	0,05 mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	12 a 24 horas
OUTROS MEDICAMENTOS		
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	100 a 200 mg por dia, pela manhã	-----

Figura 2

Fármacos utilizados para o tratamento do TDAH

Fonte: http://www.tdah.org.br/br/sobre_tdah/tratamento.html.

A conduta medicamentosa empregada para tratamento do transtorno entra no debate bioético atual (Caliman, 2008). “A relação entre a eficácia do medicamento e o diagnóstico tem contribuído consideravelmente para a expansão do diagnóstico” (Ortega, et al., 2010, p. 507). Fernandez et al. (2016), consideram que, do mesmo modo que a estimativa do TDAH é essencial para o diagnóstico, também é necessário a avaliação da eficácia das intervenções terapêuticas, especialmente a médio e longo prazo. Estes autores ressaltam para a necessidade de realização de mais estudos para avaliar os efeitos dos tratamentos, farmacológicos ou não,

em diferentes domínios (relação social, aprendizagem, autoestima, qualidade de vida, acidentes, etc.).

Barkley e cols. (2008), indicam que o uso de fármacos estimulantes promove uma amenização dos sintomas motores, impulsividade e desatenção (dificuldades relacionadas a sintomatologia) e em termos de repertório comportamental, contribui para elevação das interações sociais e desempenho acadêmico. Por outro lado, Storebø et al. (2019) em metanálise, encontraram que a medicação administrada individualmente raramente diminui os problemas de comportamento.

Ante o exposto, para aquelas crianças e adolescentes que atendam a todos os critérios de diagnóstico, os tratamentos com foco em intervenções de manejo comportamental, orientações aos contextos (microssistemas) nos quais os estudantes participam e adição de medicação, apenas se necessário (Ghosh et al., 2017; Pelham et al., 2016), se mostra uma proposta terapêutica mais coerente cientificamente e ética, uma vez que podem atuar nas relações bidirecionais estabelecidas, oferecendo a oportunidade aos envolvidos de desenvolverem comportamentos mais saudáveis.

1.11 Repertório comportamental: recursos e dificuldades associados ao TDAH

1.11.1 Problemas de comportamento e desempenho acadêmico associados ao TDAH

Rosello et al. (2016), sinalizam que crianças com o TDAH experimentam dificuldades sociais que afetam seu funcionamento pessoal e acadêmico. Os autores Wu e Gau (2013), relatam que os sintomas de hiperatividade e impulsividade parecem contribuir para maior incidência de problemas relacionados ao comportamento, afetando as interações sociais na escola.

Não é encontrado na literatura um consenso teórico na definição de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003), apesar disso é consenso que os problemas de comportamento dificultariam o acesso da criança à aquisição de repertórios de aprendizagem. São considerados dois grandes grupos de problemas de comportamento: os externalizantes e os internalizantes. Os comportamentos internalizantes são caracterizados por retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas e os comportamentos externalizantes são distinguidos por impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais. O prejuízo no desenvolvimento psicossocial da criança ocorre pelo fato de que os comportamentos internalizantes podem privar a interação com o ambiente e, os comportamentos externalizantes

tendem a gerar conflitos e provocar rejeição de pais, professores e colegas (Bolsoni-Silva, Paiva & Barbosa, 2009; Gresham, 2002; Hinshaw, 1992; Patterson, Reid, & Dishion, 2002). A partir desses pressupostos, o TDAH pode ser considerado um transtorno de problemas de comportamentos internalizantes (considerando a desatenção) e externalizantes (impulsividade e hiperatividade).

De maneira geral, não focando o TDAH, o estudo de Bolsoni-Silva, Perallis e Nunes (2018), identificaram que professores e pais/cuidadores concordaram que as crianças com problemas de comportamento, tanto no ambiente escolar quanto no familiar apresentam menor competência social. Criss et al. (2002), identificaram que as crianças expostas a experiências familiares hostis, estressantes e aversivas, circunstâncias economicamente desfavorecidas, lares caracterizados por altos níveis de conflito, violência doméstica e disciplina parental fisicamente punitiva, estão em risco elevado para o desenvolvimento de problemas de comportamento. Estas pesquisas, indicam importantes variáveis que podem interferir no funcionamento de crianças e adolescentes com TDAH.

Em relação a identificação de problemas de comportamento, Rescorla et al. (2014), verificaram em um estudo transcultural, composto por 21 diferentes sociedades, resultados como: a concordância nos valores atribuídos por pais e professores em todas as sociedades para problemas comportamentais (maior concordância para problemas de externalização e atenção, do que para problemas de internalização). Os autores recomendam para estudos futuros obtenção de observações comportamentais na sala de aula, das interações durante as entrevistas clínicas, somada à entrevista com professores, que numa perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, se trata de estratégias de inserção ecológica nos microssistemas.

Na criança diagnosticada com o TDAH, estão presentes dificuldades de comportamento que incidem sobre o padrão de resposta às demandas acadêmicas de aprendizagem e interações sociais com os colegas e professores. Os padrões comportamentais atípicos (problemas de comportamento), conferem à criança riscos significativos de exclusão escolar, fato este que implica à educação formal de crianças com TDAH, atendimento especializado que atenda às necessidades educacionais diferenciadas, já reconhecidas neste transtorno (Barkley, 2002; Dias et al., 2015; Gwerman et al., 2016; Hannesdotti, et al., 2017; Rocha & Del Prette, 2010).

As relações sociais entre os pares estão prejudicadas em crianças com TDAH, e estas são frequentemente rejeitadas socialmente quando comparadas com outras crianças sem o transtorno (Hoza et al., 2005). Rejeição de pares é fator preditivo de deterioração global posterior, como por exemplo uso de cigarro, delinquência e ansiedade (Mrug et al., 2012). Estudos indicaram que crianças com TDAH quando avaliadas por seus pares são, muitas vezes,

odiadas pelos colegas (Mikami, Jack, Emeh, & Stephens, 2010; Mrug et al., 2009; Pelham & Fabiano, 2008).

A disregulação emocional tem sido associada a relações de pares mais pobres na infância (Barkley, 2005; Rosen, Milich, & Harris, 2014). Características que explicam a dificuldade social nas crianças com TDAH relaciona-se ao fato de serem mais intrusivas, argumentativas e agressivas em situações sociais; frequentemente esses comportamentos recebem comentários sociais negativos dos pares, o que pode colocar essas crianças em maior risco de depressão (McQuade & Hoza, 2008; Piscalkiene, 2009).

Bernedo, Salas, Fuentes e García-Martin (2014), identificaram diferenças entre as avaliações de pais e professores, no que tange a crianças adotivas com TDAH. Evidenciaram um alto grau de concordância entre a visão dos cuidadores adotivos e dos professores em relação aos problemas de externalização, entretanto, os cuidadores perceberam mais problemas relacionados à impulsividade/desatenção do que os professores; professores relataram mais problemas de internalização do que os cuidadores adotivos, e a explicação seria que as dificuldades acadêmicas encontradas pelas crianças produzem níveis mais elevados de ansiedade e isso seria mais perceptível por professores. Como implicação, este estudo sugere a necessidade de projetar intervenções escolares para ajudar as crianças a se adaptarem ao ambiente escolar e facilitar o trabalho dos professores.

Durante os anos escolares iniciais a maioria das crianças com TDAH tem pobres índices de desempenho escolar, geralmente relacionado ao fracasso para terminar as tarefas, comportamento disruptivo durante as atividades em aula e relações com pares empobrecidas (Barkley, 2002; Espinosa & Pfeifer, 2009; Gresham, 2002; Smith et al., 2007). A literatura aponta como frequente a relação negativa entre desempenho escolar e problemas de comportamento (Bandeira et al., 2006; Del Prette & Del Prette, 2011; Elias & Amaral, 2016); sendo que o baixo desempenho escolar se torna esperado (Cia & Barham, 2009; Del Prette & Del Prette, 2011; Ellis & Bernard, 2006), e especificamente em crianças com TDAH, dadas suas características (Fabiano & Pyle, 2019), marcadas por problemas de comportamento (Abrahão & Elias, 2021b), uma vez que podem ser intensificadas diante a ausência de práticas pedagógicas diferenciadas e específicas no contexto escolar.

1.11.2 Habilidades Sociais: Conceituação geral

As habilidades sociais são definidas como um conjunto de comportamentos sociais, cujas características são específicas. A saber: i. Construto descritivo, refere-se aos comportamentos valorizados pela cultura; ii. Apresentando probabilidades altas de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade e; iii. Fatores que podem contribuir para um desempenho social competente (Del Prette & Del Prette, 2017; Silva & Elias, 2020). As habilidades sociais são importantes para o sucesso em configurações acadêmicas, de grupos e entre pares, sendo reconhecidas como fator de proteção no desenvolvimento humano (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Elias & Amaral, 2016; Gresham, Elliott, Vance, & Cook, 2011). Nesta direção, as habilidades sociais estão intimamente relacionadas com os ambientes nos quais as pessoas interagem, portanto, tais habilidades podem ser influenciadas positiva ou negativamente pelos contextos (microssistemas) e ou crenças culturais (macrossistema) a depender da qualidade das relações interpessoais estabelecidas (Leme et al., 2016).

Intervenções clínicas e programas educacionais são úteis e complementares quando as condições de aprendizagem do indivíduo, no decorrer de sua história prévia de interação com o ambiente, não garantiram um repertório de habilidades sociais adequado. Essas intervenções/programas podem aperfeiçoar habilidades sociais já existentes, bem como promover a aquisição e generalização de novas, resultando em maior escopo de resposta do indivíduo, que corrobora para suas escolhas e autogerenciamento ético.

Segundo Del Prette & Del Prette (2017; 2019), existem diferentes classes de habilidades sociais, sendo algumas centrais na infância como: 1. Autocontrole e expressividade emocional (lidar com frustrações e expressar sentimentos positivos e negativos); 2. Civilidade (cumprimentar e agradecer); 3. Empatia (ouvir, demonstrar interesse pelo sentimento do outro); 4. Assertividade (defender os próprios direitos); 5. Fazer amizades; 6. Solução de problemas, e 7. Habilidades Sociais Acadêmicas (seguir instruções e participar de discussões). Nessa direção, Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006), indicam três categorias importantes de habilidades sociais em crianças: 1. Disponibilidade social e cooperação (fazer perguntas, procurar ajudar, cumprimentar as pessoas, fazer elogios, iniciar conversas); 2. Expressão de sentimentos e enfrentamento (expressar: desejo de forma apropriada, carinho, direitos, necessidades, desagrado), e 3. Interação Social Positiva (comunicar-se de maneira positiva, brincar com os colegas, fazer amigos).

Apesar das habilidades sociais serem fator protetivo para o desenvolvimento infantil, há uma lacuna de estudos direcionados às crianças com TDAH, além de resultados discordantes,

o que parece advir diretamente da variedade das condições ambientais e de práticas educativas (microssistemas). Alguns autores encontraram que crianças com TDAH apresentam dificuldades nas habilidades sociais de asserção (Feldman, Tung & Lee, 2017; Gewirtz, Stanton-Chapman, & Reeve, 2009; Russo, Arteaga, Rubiales, & Bakker, 2015), autocontrole (Cheung, Siu, & Brown, 2017; Feldman et al., 2017, Owens & Hinshaw, 2016; Puentes et al., 2014; Rosen et al., 2014; Williams, Dahan, Silverman, & Pettit, 2013), cooperação (Feldman et al., 2017; Gewirtz et al., 2009; Williams et al., 2013;). Por outro lado, Cheung et al. (2017) encontraram bons resultados em asserção e; déficits em empatia e civilidade foram identificados em dois estudos (Cheung et al., 2017; Guidolim, Ferreira, & Ciasca, 2013).

Tem-se assim que, embora as habilidades sociais sejam importantes para o desenvolvimento infantil, o funcionamento das mesmas depende, em grande medida, das habilidades dos pais que ao interagirem e educarem seus filhos podem ou não promover tais habilidades, corroborando para o surgimento e/ou manutenção de problemas de comportamento (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Leme & Bolsoni-Silva, 2010; Patterson, Reid, & Dishion, 2002; Rovartis & Bolsoni-Silva, 2020). Isso sinaliza para a importância de estudos que foquem o desenvolvimento de habilidades sociais educativas de pais de filhos com TDAH.

A literatura tem apontado que educadores (pais e professores), atuam diretamente no desenvolvimento de habilidades sociais das crianças quer como modelos ou promotores da aprendizagem dessas habilidades através de diferentes formas de ensino; tem sido destacado ainda a necessidade de habilidades sociais específicas por parte dos educadores, habilidades essas usadas intencionalmente para a promoção do desenvolvimento das crianças, denominadas de Habilidades Sociais Educativas- HSE (Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016; Del Prette & Del Prette, 2008). Bolsoni-Silva et al. (2016), apontam classes de habilidades sociais parentais: 1. Comunicação: iniciar e manter diálogos com os filhos, fazer perguntas e ouvir; 2. Expressão de sentimentos (positivos e negativos) e enfrentamento: comportamentos verbais para expressar sentimentos, opiniões, demonstrar carinho e brincar com os filhos; e 3. Estabelecimento de limites: identificar comportamentos apropriados e inapropriados dos filhos, identificar motivos para estabelecer limites, ter concordância com o cônjuge quanto à tarefa educativa, cumprir promessas, identificar os próprios erros, pedir desculpas.

Para a avaliação das HSE parentais no Brasil, somente o instrumento RE-HSE-P (Bolsoni-Silva et al., 2016) está normatizado (Vieira-Santos, Del Prette, & Del Prette, 2018). Estudos utilizando o RE-HSE-P identificaram correlações positivas entre as práticas negativas e os problemas de comportamento e entre habilidades sociais da criança e HSE (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Boas & Bolsoni-Silva, 2010; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2011; Rovaris &

Bolsoni-Silva, 2015). Correlações negativas foram identificadas entre problemas de comportamento e HSE-P (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2011), habilidades sociais infantis e práticas negativas (Sabbag & Bolsoni-Silva, 2011) e problemas de comportamento e habilidades sociais da criança (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Boas & Bolsoni-Silva, 2010; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2011; Rovartis & Bolsoni-Silva, 2020). Tais resultados indicam que o uso do RE-HSE-P se mostrou eficaz para mensurar as interações entre pais e filhos (Fogaça & Bolsoni-Silva, 2018).

Há vasta literatura evidenciando que os comportamentos habilidosos dos pais, isto é, a presença de habilidades sociais educativas promove habilidades sociais, reduzindo os problemas de comportamento infantis (Bolsoni-Silva & Marturano, 2008; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Campos, Bolsoni-Silva, Zanini, & Loureiro, 2019; Del Prette & Del Prette, 2008; Leme & Bolsoni-Silva, 2010; Marturano, 1999; Rovaris & Bolsoni-Silva, 2020). Em oposição, o uso de práticas educativas negativas (ausência de HSE) pode diminuir comportamentos habilidosos e favorecer o surgimento e a manutenção de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Marturano, 2008; D'Ávila-Bacarji, Marturano, & Elias, 2005; Boas & Bolsoni-Silva, 2010; Bolsoni-Silva et al. 2016, Bolsoni-Silva & Loureiro, 2019, Assis & Bolsoni-Silva, 2020).

Leme e Bolsoni-Silva (2010), encontram que as mães cujos filhos não exibiram problemas de comportamento, apresentaram habilidades de comunicação, fato que parece exercer controle sobre os comportamentos dos filhos, obtendo afeto e atenção dos mesmos, de modo que essas habilidades educativas reforçam positivamente as habilidades sociais dos filhos, e estes comportamentos também funcionam como reforçadores positivos dessas habilidades parentais. Na direção oposta da associação positiva entre práticas parentais habilidosas e habilidades sociais de crianças, Gomide (2003), discorre que pais podem utilizar práticas parentais negativas com o intuito de controlar os comportamentos de seus filhos, entretanto, tais práticas aumentam a chance de desenvolvimento de problemas de comportamento (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Bolsoni-Silva et al., 2018; Patterson, Reid, & Dishion, 2002; Rovartis & Bolsoni-Silva, 2020).

Segundo Darling e Steinberg (1993), as atitudes dos pais/responsáveis que são moderadoras das práticas educativas, e que podem a depender do modo suprimir comportamentos inadequados e incentivar os adequados, são definidas como estilos parentais. Conforme Maccoby e Martin (1983), os estilos parentais são categorizados em: responsividade (comunicação e afeto), exigência (supervisão e controle), autoritário (alta exigência e baixa responsividade), autoritativo (altos índices de responsividade e exigência), indulgente (muita

responsividade e pouca exigência), e negligente (sem responsividade e exigência). Existe uma relação evidente problemas de comportamento de filhos, estilos parentais e práticas educativas associadas a poucas interações positivas, disciplina inconsistente e pouco monitoramento parental (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Leme & Bolsoni-Silva, 2010; Lorence et al., 2019; Rovartis & Bolsoni-Silva, 2020).

As práticas educativas positivas envolvem a monitoria positiva (usar adequadamente a atenção) e comportamento moral (promove condições ao desenvolvimento de virtudes). As práticas educativas negativas incluem a negligência (pais sem responsividade), monitoria negativa (supervisão estressante), punição inconsistente (punição de acordo com o humor), disciplina relaxada (ameaça e não cumpre) e abuso físico (batem com cinta e objetos) (Gomide, 2006).

As habilidades sociais educativas e práticas negativas parentais discriminam grupos clínico e não clínico para problemas de comportamento, segundo rastreio do CBCL, onde o sentimento negativo expresso por práticas negativas era mais evidente no grupo clínico. Para problemas de internalização, encontrou-se associações com excesso de práticas negativas (punição, rejeição, excesso de controle, baixa responsividade e emissão de afeto) (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Baptista et al., 2011; Rovartis & Bolsoni-Silva, 2020).

Ainda sobre as práticas negativas, verificou-se que as práticas parentais em famílias de crianças com problemas de comportamento há a presença de correção, hostilidade, disciplina inconsistente, pouco apoio e abuso parental (Edens, Cavell, & Hughes, 1999). No estudo de Leme e Bolsoni-Silva (2010), as autoras identificaram-se que as situações de brincadeira, tarefas escolares ou quando a criança era frustrada antecederam o uso de práticas negativas, e que em crianças com problemas de comportamento, as mães usavam mais práticas negativas. Outro dado importante indicou nas mães, inconsistência quanto às respostas emitidas quando as crianças apresentavam habilidades sociais, onde às vezes puniam ou elogiavam, fato que diferenciou as mães do grupo não clínico, já que essas elogiavam consistentemente.

Alguns estudos focaram as práticas educativas de familiares de pessoas com TDAH, e encontraram que os pais apresentavam mais práticas negativas (como disciplina inconsistente) do que positivas (Rielly, Craig, & Paker, 2006), com estilo parental mais rígido (González, Bakker, & Rubiales, 2014), e associação entre práticas parentais negativas e TDAH (Pires et al., 2012). O estudo de Bolsoni-Silva e Justino (2021), descreveram as interações sociais estabelecidas entre familiares (mães e filhos) e professores-alunos com indicadores de TDAH, avaliando as habilidades sociais educativas de mães e professores, as habilidades sociais e problemas de comportamento das crianças. Os resultados indicaram mais dificuldades na escola

que na família, mesmo os professores sendo mais habilidosos que as mães, o que pode ser explicado pelo uso excessivo de práticas negativas e queixas comportamentais em todas as crianças.

O treinamento de habilidades sociais objetiva o ensinamento de comportamentos específicos, que são praticados e integrados ao repertório comportamental do indivíduo. Para tanto, são empregados procedimentos como as instruções, a modelação, o ensaio de comportamento, a retroalimentação e o reforço. O treinamento de habilidades sociais pode atuar como meio de intervenção frente à: i. Redução da ansiedade em situações sociais problemáticas, ii. Na reestruturação cognitiva, onde se tentam modificar valores, crenças, cognições e/ou atitudes do indivíduo e iii. No treinamento em solução de problemas, de modo a maximizar a probabilidade de atingir o objetivo que impulsionou sua comunicação interpessoal. Nesse contexto, é importante analisar as razões do indivíduo em se comportar de forma socialmente inadequada, que servirá para definir qual, dentre os diferentes procedimentos do treinamento de habilidades sociais será empregado (Assis & Bolsoni-Silva, 2020; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2019; Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2019).

No Brasil, os programas psicológicos para crianças com TDAH são escassos (Abrahão et al., 2020) especialmente com foco no desenvolvimento de habilidades sociais infantis (Abrahão & Elias, 2021), assim como questões relacionadas às práticas educativas (responsáveis e professores), problemas de comportamento e habilidades sociais são pouco estudadas no contexto escolar (Bolsoni-Silva, Mariano, Loureiro, & Bonaccorsi, 2013; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2021). Foram identificados quatro estudos brasileiros dentro da temática de avaliação de habilidades sociais em crianças com TDAH no período investigado (revisão publicada), correspondente aos anos de 2007 a 2018, a saber: Freitas e Del Prette (2013; 2014), Guidolim et al. (2013) e Rocha e Del Prette (2013). Mais recentemente, no estudo Bolsoni-Silva e Justino (2021), utilizando um banco de dados composto por 224 crianças (pré-escolares e escolares, onde sete possuíam indicadores de TDAH), foram verificadas as interações sociais estabelecidas entre as díades mães-filhos e professores-alunos, considerando o estabelecimento de limites, promoção de afeto e comunicação, a partir do relato de práticas positivas e negativas dos educadores e problemas de comportamento e habilidades sociais das crianças, colaborando para o preenchimento dessa lacuna da área.

Importante informar que os Programas Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) e Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016) até o momento deste estudo, não haviam sido realizados especificamente com crianças e adolescentes com TDAH e seus familiares. A escolha destes Programas, como base das intervenções desenvolvidas, se deu por sua qualidade

de benefício sobre os problemas de comportamento (dificuldade em destaque na amostra estudada) e de promoção do desenvolvimento de habilidades sociais, além de se apresentar como um material organizado por etapas e referencial teórico robusto, condições positivas, que possibilitaram a condução da terapia.

Num panorama mais amplo, destaca-se que até o momento desse estudo não haviam sido realizadas intervenções psicológicas com foco no desenvolvimento de habilidades sociais para crianças com TDAH no Brasil. Ademais, os programas utilizados internacionalmente se mostraram onerosos, ainda que breves (com média de 10 encontros), exigindo a participação de diferentes profissionais e terapeutas, diferente da proposta desse trabalho, que contou com a condução de uma terapeuta (pesquisadora, supervisionada pela idealizadora do Programa).

No tocante à intervenção direcionada ao desenvolvimento de habilidades sociais educativas para responsáveis por filhos com TDAH, apenas dois estudos haviam sido realizados no Brasil, pela mesma autora ou sob sua orientação (Ferreira et al., 2016; Rocha & Del Prette, 2013) e aqueles realizados internacionalmente, o foco de tratamento estava no manejo comportamental dos filhos com TDAH e não em habilidades sociais dos pais. Os resultados encontrados nos estudos nacionais, seja no repertório habilidoso de mães como no dos filhos (habilidades sociais e acadêmicas) foram positivos após a intervenção, no entanto, se mostraram mais extensos (28 e 14 sessões respectivamente) em comparação à proposta aqui desenvolvida, utilizando o Promove-Pais na versão adaptada, composto por sete sessões. Visto os resultados obtidos, conforme a Prática Baseada em Evidência (APA, 2006), podemos considerar o alcance do objetivo proposto, em tempo reduzido, demonstrando sua utilidade clínica. A partir disso, considera-se que o presente estudo vem somar e contribuir para o preenchimento dessa lacuna da área.

Respectivo à intervenção para responsáveis, a versão adaptada desenvolvida no presente estudo contou com dois componentes, o primeiro componente utilizando o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), seguindo as diretrizes originais, onde foram desenvolvidas habilidades sociais educativas semelhantes às propostas pelas intervenções nacionais realizadas. No tocante às diferenças, observa-se o foco nas habilidades sociais educativas de estabelecimento de limites, trabalhadas nesse estudo, em três sessões e nos programas anteriores, em uma sessão. O segundo componente focou temas acerca do TDAH, assim como as intervenções anteriores nacionais, mas apresentou como diferença, a manutenção da apresentação e discussão dos temas durante toda a intervenção. Outra diferença envolveu o ensino da estratégia de economia de fichas, funcionando como reforçador aos comportamentos positivos dos filhos em casa, auxiliando na generalização desses pelos filhos, bem como

auxiliando às responsáveis no cumprimento dos combinados no que tange ao estabelecimento de rotina e comportamentos esperados pelos filhos, na manutenção de diálogos, elogios, estabelecimento de limites, negociações, além de estimular momentos de interações positivas, quando na entrega do reforçador semanal. Assim, considera-se que esta estratégia de manejo direcionada ao TDAH pode favorecer a generalização das habilidades sociais educativas desenvolvidas durante a intervenção para o microssistema familiar.

Em relação aos resultados encontrados utilizando o Promove-Pais, estudos indicaram redução nas frequências de problemas de comportamento, para os participantes que não foram considerados clínicos, bem como para aqueles que eram clínicos, identificando-se redução em externalizantes (Bolsoni-Silva, Silveira, & Marturano, 2008), redução de internalizantes (Orti, Bolsoni-Silva, & Vila, 2015; Tozze, 2016), e para ambos os problemas de comportamento (Kanamota, Bolsoni-Silva, & Kanamota, 2017).

No estudo de Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008), notou-se na avaliação de seguimento melhorias, onde quatro participantes passaram de condições limítrofe e clínica para não clínica em problemas internalizantes. Ainda foi verificado melhora nas HSE-P em comunicação, expressividade e consistência. Já em Bolsoni-Silva e Marturano (2010), foi identificado que as médias das práticas parentais positivas foram maiores que as práticas negativas após a intervenção, resultado também encontrado em Orti et al. (2015). No que tange às habilidades sociais infantis, também foram identificadas melhorias após a avaliação (Kanamota, Bolsoni-Silva, & Kanamota, 2017; Orti, Bolsoni-Silva, & Vila, 2015; Tozze, 2016; Bolsoni-Silva & Borelli, 2012).

No tocante ao Promove-Crianças, o estudo piloto de intervenção, identificou redução de problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e para o total; de problemas afetivos; de ansiedade; déficit de atenção e hiperatividade; e problemas desafiador opositor, mensurados através do *TRF (Teachers Report Form)* (respondido por professores). Em habilidades sociais, os professores indicaram por meio do *QRSH (Questionário de respostas socialmente habilidosas-versão professores)*, que as crianças apresentaram novos comportamentos. Resultados obtidos via avaliação de responsáveis, indicaram que, em relação às habilidades sociais, não houve diferenças significativas (*CBCL-Child Behavior Checklist e QRSH-pais*) (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016). Outros importantes resultados foram encontrados por Falcão (2020), em delineamento experimental evidenciou melhora significativa do repertório habilidoso, bem como redução significativa em problemas de comportamento, demonstrando os efeitos benéficos deste Programa.

Ainda, como complemento para compreensão do modo como as intervenções realizadas neste estudo foram conduzidas, em Fogaça e Bolsoni-Silva (2018), foi apresentado o modelo colaborativo para desenvolvimento junto à intervenções com pais, que indicam o estabelecimento de relacionamentos sem diferenças entre terapeuta e participantes, de qualidade encorajadora (utilizando a empatia, a auto revelação, humor, otimismo e de apoiador dos pais), e recíproca, quanto ao uso dos conhecimentos do terapeuta e participantes, construído na verdade e na comunicação aberta. Neste espaço, o terapeuta desempenha funções de compreensão das expectativas, de explicar assuntos, sumarizar temas importantes, ensinar e interpretar dentro da realidade, e sugerir possíveis mudanças quando os pais solicitam ou quando comentem erros (Webster-Staton & Herbert, 1993).

A partir do exposto acima sobre o TDAH e sobre a importância de intervenções para educadores e crianças no que tange ao desenvolvimento de repertório comportamental que atue como fator de proteção ao desenvolvimento dos estudantes, os Programas Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016) e Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), cuja lacuna está sob as crianças com TDAH, foram escolhidos para serem utilizados com os participantes do presente estudo. Ambos os Programas objetivam a promoção de habilidades sociais, de habilidades sociais educativas parentais, redução de problemas de comportamento e de práticas parentais educativas negativas.

Considerando o cenário exposto foram elaboradas algumas questões que nortearam esse estudo:

- i. Quais são os recursos e quais são as dificuldades de estudantes com TDAH?
- ii. Como os microssistemas família e escola, impactam no desenvolvimento das crianças e adolescentes com TDAH? Quais são os recursos e quais as dificuldades?
- iii. Uma intervenção em habilidades sociais dirigida às crianças e adolescentes com TDAH poderia diminuir a sintomatologia, melhorar o repertório comportamental e as relações interpessoais?
- iv. Uma intervenção em habilidades sociais dirigida aos responsáveis, poderia diminuir a sintomatologia do TDAH em crianças e adolescentes, melhorando o seu repertório comportamental e as suas relações interpessoais, bem como o de seus filhos?

Essas perguntas guiaram a hipótese que os processos proximais presentes nos microssistemas familiar e escolar são decisivos para o desenvolvimento psicossocial de crianças com TDAH, considerando que o transtorno em si já as coloca numa situação

de vulnerabilidade. Dentro dessas interações bidirecionais, o ensino de habilidades sociais pode funcionar como fator de proteção, dando a oportunidade às crianças e seus educadores desenvolverem comportamentos essenciais ao desenvolvimento psicossocial.

2 JUSTIFICATIVA

A produção deste estudo se justifica por sua relevância social e científica. No que tange à relevância social, a caracterização e identificação de associações entre habilidades sociais, problemas de comportamento, recursos familiares, desempenho e vivência escolar, apresentadas por estudantes diagnosticados com o TDAH trouxe a possibilidade de um aprofundamento na compreensão sobre como estas variáveis impactam no desenvolvimento dos mesmos, mediante análises quantitativas e qualitativas e de triangulação dos dados. Posteriormente, com o desenvolvimento de intervenções psicológicas, pautadas nesta caracterização de recursos e dificuldades, com foco no desenvolvimento de habilidades sociais, dirigidas às crianças, adolescentes e responsáveis, contribuímos para a melhoria do repertório comportamental e dos processos proximais (relações estabelecidas).

De igual modo, a relevância científica deste trabalho reside na carência de estudos que examinaram a problemática do TDAH associado a problemas de comportamento, desempenho acadêmico e habilidades sociais dentro de uma perspectiva inclusiva educacional no âmbito nacional (Rocha & Del Prette, 2010) e sobretudo, direcionadas à infância. Ressalta-se que programas de treinamento de habilidades sociais destinados a crianças com TDAH em nosso contexto são escassos (Abrahão et al., 2020; Abrahão & Elias, 2021a; Rocha, 2009). Reforça-se a necessidade de compreender o TDAH como fator preditivo de exclusão escolar (Rocha & Dell Prette, 2010), principalmente por ser identificado, conforme Gwerman et al. (2016), que o potencial de estigma para o TDAH parece natural e certo no microsistema escolar.

Para responder às perguntas e hipótese, foram definidos os objetivos abaixo apresentados, os quais foram respondidos estando os resultados apresentados em um compilado de seis estudos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar as habilidades sociais, problemas de comportamento, recursos familiares, desempenho acadêmico e vivência escolar em estudantes com diagnóstico de TDAH e avaliar os efeitos de intervenções psicológicas dirigidas a esses e a um responsável legal.

3.2 *Objetivos específicos*

- I- Realizar revisão da literatura sobre habilidades sociais em crianças com TDAH, considerando o período de dez anos;
- II- Caracterizar os recursos e dificuldades relatados por professoras e crianças com TDAH no contexto escolar;
- III- Identificar as habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico e recursos familiares de crianças com TDAH/
- IV- Comparar grupos quanto a indicadores de TDAH (segundo instrumento específico) e uso ou não de medicação;
- V- Triangular dados qualitativos (respostas atribuídas nas entrevistas e questionários) e quantitativos, de alunos com TDAH (dados sociodemográficos, problemas de comportamento, habilidades sociais, indicadores de TDAH e notas escolares), de suas professoras (dados sociodemográficos) e famílias (recursos familiares);
- VI- Descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos habilidosos, redução de problemas de comportamento e sintomatologia de estudantes com TDAH;
- VII- Descrever efeitos do Promove-Pais adaptado quanto às práticas educativas de responsáveis legais e de comportamentos habilidosos e problemáticos de filhos com TDAH;

4 MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido em três etapas, resultando em seis estudos. Em síntese, adotou-se a abordagem multimétodos (Creswell, 2007), com o propósito de se compreender as interações/processos estabelecidas nos microssistemas (família e escola) e macrossistema (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

A primeira etapa, compreendeu uma revisão da literatura, que subsidiou a compreensão, verificação das lacunas e contribuições no campo teórico e prático das habilidades sociais em

crianças com TDAH, apresentada no Estudos I, adotando *Preferred Reporting Items for Systematics Review and Meta-Analysis (PRISMA)*. A Figura 3 apresenta o processo de constituição da amostra dos estudos analisados e os delineamentos utilizados nessa revisão.

Figura 3

Delineamento realizado na primeira etapa: revisão de literatura

Na segunda etapa, nomeada de caracterização, foi realizado um estudo descritivo e correlacional (Cozby & Bates, 2014), com amostra de conveniência, compondo os Estudos II, III e IV. Para a terceira etapa, intitulada intervenção, com os estudantes, adotou-se o delineamento quasi-experimental, de grupo controle (Cozby & Bates, 2014); e, com as responsáveis, um estudo pré-experimental, de único grupo (Cozby & Bates, 2014), sendo ambos com medidas repetidas, apresentados nos Estudos V e VI. Na Figura 4 estão apresentados os percursos amostrais e os delineamentos adotados nas etapas de caracterização e intervenção.

Figura 4

Percursos amostrais e delineamentos realizados nas etapas de caracterização e intervenção

4.1 Contexto

O estudo foi realizado em Franca, município situado no interior do estado de São Paulo. A cidade foi eleita para a realização desse estudo por favorecer a identificação de alunos com TDAH, uma vez que a Secretaria Municipal de Educação fornece um quadro atualizado das crianças juntamente com os laudos médicos, o que é um diferencial na região. Além disso, trata-se da cidade onde a terapeuta possuía consultório de psicologia, condição fundamental para o desenvolvimento das intervenções psicológicas em grupo (estudantes e responsáveis). A população da cidade está estimada em 344.704 habitantes. Dados de 2010, apontam que a cidade ocupava a posição 41º, segundo o IDH-M de Educação, e no âmbito estadual, a posição 31º, sendo o índice de desenvolvimento humano (IDHM), o valor 0,780. A taxa de alfabetização da população é de 96,37%. Contabilizou-se em 2015, 57 escolas públicas estaduais, 62 escolas públicas municipais, nenhuma escola pública federal e 27 escolas privadas no Ensino Fundamental I e II dentro do município.

4.2 Participantes

4.2.1 Segunda etapa: caracterização

Para a composição da amostra, foram identificados e contatados todos os alunos regularmente matriculados na SME com laudos de TDAH, assim como seus pais/responsáveis legais e professoras, durante fevereiro a julho de 2018. Todas as 19 escolas foram contatadas. Teve-se como critério de inclusão dos participantes, possuir registro junto à Secretaria Municipal de Educação de laudo médico que confirme a condição clínica do TDAH. Quanto aos critérios de exclusão, não participaram estudantes que em seus laudos, apresentaram deficiência mental, psicopatologias, doenças neurológicas, Transtorno do Espectro Autista e outras comorbidades que poderiam influenciar no desenvolvimento social e acadêmico. Essas informações foram obtidas através dos prontuários junto a Secretaria Municipal de Educação e no contato com pais/responsável legal por telefone. O percurso amostral pode ser observado na Figura 4.

A amostra foi composta por 124 participantes, sendo 43 crianças (sete meninas e 36 meninos) regularmente matriculadas no ensino fundamental I, distribuídas em 19 escolas públicas municipais, 43 pais / responsáveis legais (38 mães, duas avós, dois pais e um avô) e 38 professoras. As escolas públicas estaduais foram convidadas a participar, contudo, dos 17 estudantes registrados com TDAH junto à Secretaria Estadual, somente 10 estavam matriculados no ensino fundamental I, e estes foram excluídos por apresentarem outras comorbidades associadas ao TDAH.

Do percurso amostral do município, o quadro demonstrativo da Secretaria Municipal de Educação estava composto por 77 crianças que possuíam laudo de TDAH, entretanto, 22 apresentavam comorbidades associadas (Transtorno Opositor Desafiante, Transtorno do Espectro Autista, epilepsia, deficiência intelectual, esquizofrenia) e foram excluídas inicialmente; seis crianças foram excluídas durante o primeiro contato telefônico realizado pela pesquisadora junto às mães, que evidenciaram comorbidades; três crianças foram excluídas durante a entrevista realizada com as mães em encontro marcado na escola, onde foi identificado que as mesmas também possuíam comorbidades; uma criança foi excluída pelo fato da mãe não ter retornado às tentativas de contato da pesquisadora; uma criança foi excluída após preenchimento dos questionários por parte da mãe e da criança, onde a mãe alegou preferir não continuar na pesquisa, comunicado à pesquisadora em julho de 2018 e, uma criança foi excluída pela pesquisadora durante encontro com a mesma, onde foi percebido sintomas

relacionados ao transtorno do espectro autista, assim, a amostra final se estabilizou em 43 crianças e 43 mãe/responsáveis.

Das 43 crianças, 31 utilizavam medicação para o TDAH e 12 não usavam. As medicações indicadas pelos pais foram: Ritalina, Ritalina LA, Imipramina, Carbamazepina, Risperidona, Sertralina, Concerta, Venvanse, Nortriptilina, Neuleptil, Clonazepam, Torval CR, Orap e Depakene.

Em relação à amostra composta pelas professoras, a princípio constituída por 43 participantes, convidadas a participarem após a autorização e consentimento dos pais/responsáveis, cinco professoras não quiseram participar, onde duas destas alegaram não ter tempo para preenchimento dos instrumentos, uma não participou por não concordar com o diagnóstico de TDAH atribuído, e as outras duas, segundo a direção da escola, quiseram optar pela não participação, condição garantida no TCLE. Das 38 professoras que aceitaram participar do estudo, duas aceitaram preencher somente os instrumentos que avaliavam os sintomas e habilidades sociais das crianças, deixando de participar do questionário que visava compreender a inclusão educacional das mesmas, e uma professora não respondeu ao instrumento de rastreio do TDAH. A descrição das variáveis sociodemográficas dos participantes pode ser observada na Tabela 1, apresentada a seguir.

Tabela 1

Descrição dos participantes – variáveis sociodemográficas

Participantes	N total (124)	Média	DP	Mínima	Máxima
<i>Criança -- masculino</i>	36	115,7 meses (9,6 anos)	18,6 meses (1,55 anos)	76 meses (6,3 anos)	149 meses (12,4 anos)
<i>Criança -- feminino</i>	7				
<i>Responsável</i>	43	469,9 meses (39,1 anos)	92,0 meses (7,6 anos)	300 meses (25 anos)	840 meses (70 anos)
<i>Professoras</i>	38	517,7 meses (43 anos)	100,5 meses (8,4 anos)	372 meses (31 anos)	780 meses (65 anos)
<i>Tempo formação</i>		199,3 meses (16, 6 anos)	128,8 meses (10,7 anos)	60 meses (5 anos)	420 meses (35 anos)
<i>NSE</i>					
Classes D e E	39				
Classe C	4				

Nota: NSE (Nível socioeconômico bruto – Critério Brasil).

Como consta na Tabela 1, a média de idade das crianças participantes deste estudo foi de 9,6 anos. Em relação à idade dos pais/responsáveis, a média foi de 39,1 anos, composto por 38 mães, dois pais, um avô e uma avó. Já a média de idade das professoras foi de 43,1 anos, e com média de tempo de formação de 16,6 anos.

Em relação ao nível socioeconômico das famílias, identificou-se que 39 dessas, estavam classificadas nas classes D e E, e 4 famílias, classificadas na classe C.

A seguir, na Tabela 2 observa-se a caracterização da população infantil estudada quanto ao uso de medicação e classificação clínica e não-clínica para o TDAH, conforme nota de corte da *Escala de Conners*.

Tabela 2

Caracterização das crianças conforme o uso de medicação e presença de TDAH, segundo a avaliação de Pais e Professoras através da Escala de Conners

Criança	Professora		Pais		Medicação	
	Clínico	Não Clínico	Clínico	Não Clínico	Usa	Não usa
1		X		X	X	
2		X		X	X	
3		X		X	X	
4		X		X		X
5		X	X		X	
6		X		X	X	
7		X		X		X
8		X		X		X
9		X		X		X
10		X		X	X	
11		X	X		X	
12		X	X		X	
13		X		X	X	
14		X	X		X	
15		X		X	X	
16	-	-		X		X
17		X	X			X
18		X		X	X	
19		X		X	X	
20	X		X		X	
21	-	-	X		X	
22		X		X	X	
23		X	X		X	
24		X	X		X	
25	-	-		X		X
26	X		X		X	
27	X		X		X	
28		X		X	X	
29		X	X		X	
30		X	X			X
31		X	X		X	
32		X		X	X	
33		X		X	X	
34		X		X		X
35	-	-		X	X	
36	-	-	X		X	
37		X		X	X	
38		X	X		X	
39		X	X			X
40	X			X		X
41		X		X		X
42		X		X	X	
43	-	-		X	X	

Nota: N=43.

A Tabela 2 mostra que 17 crianças foram consideradas clínicas para pais e quatro para professoras; das 43 crianças, 31 fazem uso de medicação. Nota-se a concordância entre

avaliadores (pais e professoras) somente para três crianças (20, 26 e 27), que fazem uso de medicação. A criança 40 foi considerada clínica para professoras, porém, não para os pais. Das 17 crianças consideradas clínicas para os pais, três não utilizam medicação para o transtorno; 15 crianças (1, 2, 3, 6, 10, 13, 15, 18, 19, 22, 28, 32, 33, 37, 42) foram consideradas não clínicas para pais e professores e usam medicamento; cinco crianças (4, 6, 8, 9, 34) foram consideradas não clínicas para pais e professoras, e não usam medicação; nove crianças (5, 11, 12, 14, 23, 24, 29, 31, 38) foram consideradas não clínicas para professoras, clínicas para pais e usam medicação; quatro crianças (17, 30, 39, 41) foram consideradas não clínicas para professoras, clínicas para pais e não usam medicação; três crianças (20, 26, 27) foram consideradas clínicas para professoras e pais, e usam medicação; uma criança (40), foi considerada clínica para professoras, não clínica para pais e não usa medicação; crianças cujas professoras não responderam ao *Conners*: duas crianças (21, 36), foram consideradas clínicas para pais e usam medicação; uma criança (43) foi considerada não clínica para pais e usa de medicação; e, três crianças (16, 25, 35), foram consideradas não clínicas para pais e não usam medicação.

Em síntese 12 crianças foram identificadas pelos pais e faziam uso de medicação. Dessas três também foram identificadas na escola, portanto este subgrupo apresenta regularidade, identificação médica e uso de medicação. Uma análise pormenorizada desses subgrupos poderia evidenciar outras contribuições e compreensão da problemática, a ser realizada em estudos futuros.

4.2.2 Terceira etapa: Intervenção

Na terceira etapa iniciada em agosto de 2019, o percurso amostral iniciou-se com o convite aos 43 responsáveis, onde seis não foram encontrados; dois mudaram de cidade; quatro não conseguiriam participar por dificuldades financeiras; dois por dificuldades de acesso a transporte; dois não retornaram as tentativas de contato da pesquisadora; um não participou por doença grave da mãe e um por ter apresentado melhora comportamental, computando 24 responsáveis interessados e presentes na avaliação inicial e 25 estudantes; destes, um foi excluído por apresentar comorbidade identificada, finalizando em 24 estudantes para realização da etapa de intervenção, onde os mesmos foram distribuídos randomicamente.

A descrição detalhada da amostra de estudantes está apresentada na Tabelas 3, na sequência.

Tabela 3

Descrição dos participantes - Estudantes quanto a idade nas três avaliações: etapa de intervenção

Variáveis	Média	DP	Mínima	Máxima
Avaliação inicial				
Grupo Intervenção (N=11)	10,6	1,4	8,0	13,0
Grupo Espera (N=14)	9,7	2,0	7,0	13,0
Avaliação intermediária				
Grupo Intervenção (N=10)	10,5	1,4	8,0	13,0
Grupo Espera (N=14)	9,7	2,0	7,0	13,0
Avaliação Final				
Grupo Intervenção (N=9)	10,4	1,5	8,0	13,0
Grupo Espera (N=12)	9,6	2,1	7,0	13,0

Nota: DP=Desvio Padrão; Avaliação inicial=pré-intervenção; Avaliação intermediária=sexta sessão; Avaliação final=décima sessão.

Nota-se na Tabela 3 que a avaliação inicial foi composta por 25 crianças, dessas, 19 eram meninos e seis meninas que foram randomizadas em Grupo Intervenção = GI (grupo que recebeu a intervenção) e Grupo Espera=GE grupo que não recebeu intervenção), distribuídas em 11 crianças no GI e 14 crianças no GE. Quanto a média de idade, no GI a média foi de 10,6 anos ($DP=1,4$ anos; idade mínima de 8 e máxima de 13 anos); no GE vê-se média de 9,7 anos ($DP=2,0$ anos; idade mínima de 7 e máxima de 13 anos).

Vê-se na avaliação intermediária, 24 crianças, sendo 19 meninos e cinco meninas (10 crianças no GI e 14 crianças no GE). Quanto a média de idade, no GI a média foi de 10,5 anos ($DP=1,4$ anos; idade mínima de 8 e máxima de 13 anos); no GE vê-se média de 9,7 anos ($DP=2,0$ anos; idade mínima de 7 e máxima de 13 anos).

Já na avaliação final, totalizaram-se 21 crianças, sendo 17 meninos e quatro meninas, distribuídas em nove estudantes de GI ($M= 10,4$ anos; $DP=1,5$ anos; idade mínima de 8 e máxima de 13 anos) e 12 no GE ($M= 9,6$ anos; $DP=2,15$ anos; idade mínima de 7 e máxima de 13 anos). Quanto à perda de participantes, na avaliação inicial não houve perda; na avaliação intermediária, houve perda de uma menina; e na avaliação final, foram perdidas duas meninas e dois meninos. O percurso amostral pode ser visto na Figura 4. A seguir, na Tabela 4 está apresentada a descrição dos participantes responsáveis da etapa de intervenção.

Tabela 4

Descrição dos participantes – Responsáveis quanto à idade: etapa de intervenção

Variáveis	Média	DP
Idade		
GI (N=11)	43,2 anos	12,13 anos
GE (N=13)	39,3 anos	8,5 anos

Nota: DP=Desvio Padrão.

Na Tabela 4 nota-se que o GI foi constituído por 11 responsáveis, sendo nove mães e duas avós (M=43,2 anos; DP=12,13; idade mínima=30 e máxima=66). O GE foi composto por 14 responsáveis, sendo 13 mães e um pai (M=39,3 anos; DP=8,5; idade mínima=27 e máxima=57).

A intervenção foi iniciada com 11 estudantes no GI, sendo que duas participantes interromperam nas avaliações intermediária e final, por dificuldades que as avós encontraram em levá-las à intervenção. Em síntese, na avaliação inicial, o GI foi composto por 11 estudantes e 11 responsáveis (N=22); durante a intervenção, na avaliação intermediária, 10 estudantes e 10 responsáveis (N=20) participaram; e na avaliação final, nove estudantes e nove responsáveis (N=18) estiveram presentes.

Na amostra de estudantes do GE, a avaliação inicial contou com 14 respondentes (estudantes e responsáveis, N=27), considerando que uma responsável é mãe de gêmeos; na avaliação intermediária, uma criança com diagnóstico de psicose e seu pai foram excluídos (N=25); e na avaliação final, duas participantes interromperam, sendo que uma mãe justificou a ausência por dificuldades em levar a criança, e a outra mãe não retornou aos contatos da pesquisadora (N=21). Portanto, a amostra final para a intervenção com os estudantes foi constituída por 39 participantes (GI N=18, estudantes/responsáveis; GE N=21, 18 estudantes/responsáveis). Este percurso de composição amostral está apresentado na Figura 4.

-Percurso amostral das responsáveis de GI participantes da intervenção para pais

O grupo de responsáveis de GI inicialmente foi composto por 11 responsáveis; no processo, duas mães optaram por não participar por dificuldades em estarem presentes; assim, a avaliação inicial contou com a participação de nove responsáveis (oito mães e uma avó; neste momento, uma mãe foi convidada a participar como retribuição à contribuição ao estudo em 2018, já que a criança não pôde dar continuidade por apresentar comorbidade (transtorno psicótico) na interação com a pesquisadora; esta mãe solicitou que a avó participasse, haja visto

que não conseguiria dispensa do seu trabalho para participar). Esta intervenção aconteceu após a finalização da intervenção com os estudantes. O GE não participou de intervenção (estudantes e pais).

Para a intervenção direcionada às responsáveis, das nove responsáveis respondentes na avaliação inicial, ver a Tabela 4, uma mãe optou por não participar, justificando que o filho não aceitava ficar na espera, enquanto ela recebesse o treinamento; uma mãe interrompeu na segunda sessão por descobrir que estava grávida, fato que a deixou muito preocupada, sofrendo aborto espontâneo mais adiante; uma mãe foi desligada por ter apresentado duas faltas sem justificativas; e uma mãe desistiu por estar com depressão. Assim, a amostra final do GI de responsáveis contou com quatro participantes, somada a avó convidada (N=5). Na sétima sessão, uma mãe foi desligada por ter tido duas faltas em razão de problemas familiares, ficando então o grupo de responsáveis constituído ao final do treinamento por quatro participantes (N=3 avaliadas, cujos resultados constam no Estudo VI), a avó convidada não computou nesta amostra, porque sua neta era comórbida com Transtorno do Espectro Autista, sendo excluída desse estudo na etapa de caracterização.

4.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo serão apresentados por tipo de avaliador (estudantes, responsáveis e professoras), informando o construto que cada um avaliou. Na sequência, serão apresentados os materiais (Programas) que fundamentaram as intervenções.

4.3.1 Estudantes avaliadores

i. Finalidade: mensurar as habilidades sociais

-Social Skills Rating System / Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS-BR): SSRS-BR - versão para crianças. Trata-se de uma autoavaliação realizada pela própria criança, composta pela escala de Habilidades Sociais que contém 20 itens divididas em quatro classes de fatores: F1 – Empatia/Afetividade (itens 09, 10, 12, 16, 18), F2 – Responsabilidade (itens 05, 06, 13, 14, 15), F3 – Autocontrole/Civilidade (itens 01, 02, 04, 08, 11, 19) e F4 – Assertividade (itens 03, 07, 17, 20). Os valores de confiabilidade composta estiveram abaixo do esperado para a Escala de Habilidades Sociais, (F1 – Empatia/Afetividade = 0,52), (F2 – Responsabilidade = 0,58), (F3 – Autocontrole/Civilidade = 0,49), (F4 – Assertividade = 0,34). Em suma, todas as análises

fatoriais apresentadas referem-se a um refinamento das propriedades psicométricas do SSRS. O resultado final deste processo de validação realizado através da PAF e da AFC foi a renumeração dos itens dos instrumentos, mantendo-os na mesma sequência do original, mas sem os itens suprimidos nessas análises. Esta versão foi utilizada em todos os Estudos. Originalmente este instrumento foi desenvolvido por Frank M. Greshman e Stephen N. Elliot, nos Estados Unidos. O SSRS é um instrumento que permite avaliar o repertório de habilidades sociais e indicadores de problemas de comportamento e de competência acadêmica de crianças de 6 a 13 anos (inseridas no ensino fundamental do 1º ao 5º ano).

ii. Finalidade: verificar as percepções das crianças sobre suas vivências escolares;

- *Entrevista semiestruturada com as crianças (Apêndice A):* desenvolvida pela pesquisadora e orientadora, a partir da literatura e vídeo disponível (<https://www.youtube.com/watch?v=IGixEw9C-8o>), objetivou identificar como as crianças percebem suas dificuldades acadêmicas, de socialização e autoestima, e ainda, verificar quais são as melhorias estruturais ou pedagógicas que poderiam auxiliá-las no ambiente escolar; destaca-se que a mesma foi utilizada nos Estudos II e IV.

4.3.2 Responsáveis avaliadores

i. Finalidade: mensurar as habilidades sociais e problemas de comportamento;

a) SSRS-BR – versão para pais (Del Prette et al., 2016): Compreende duas escalas para que os pais avaliem seus filhos quanto a Habilidades Sociais e comportamentos problemáticos. Nesta versão, os pais avaliam a criança através de duas subescalas, uma de habilidades sociais e outra de problemas de comportamento. A subescala de habilidades sociais é composta por 23 itens, divididos em cinco fatores: F1 - Responsabilidade (itens 08, 11, 12, 18); F2 - Autocontrole (itens 07, 09, 13, 15 16); F3 – Afetividade/Cooperação (itens 01, 06, 17, 21, 22, 23); F4 – Desenvoltura Social (itens 03, 04, 05, 14) e F5 – Civilidade (itens 02, 10, 19, 20). Já a subescala de problemas de comportamento é composta por 15 itens divididos em dois fatores F1 – Problemas externalizantes (itens 24, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38) e F2 – Problemas internalizantes (itens 25, 26, 27, 30, 37). Os valores de confiabilidade composta para as estruturas fatoriais de Habilidades Sociais foram considerados razoáveis F1 – Responsabilidade = 0,69, F2 – Autocontrole = 0,73, F3 – Afetividade/Cooperação = 0,62, F4 – Desenvoltura Social = 0,65, F5 – Civilidade = 0,63 e Problemas de Comportamento F1 – Problemas

externalizantes = 0,84 e F2 – Problemas internalizantes = 0,64. Essa versão foi utilizada nos Estudos II, III, IV, V e VI.

ii. Finalidade: verificar as características sintomatológicas do TDAH nos estudantes;

- *Escala de Conners (CPTRS)* – versão para pais - Anexo D (Gaião & Barbosa, 1998). As escalas de Conners são os instrumentos de avaliação mais utilizados no diagnóstico clínico da TDAH, em idades entre os 6 e os 14 anos, abrangendo todos os ciclos de ensino. Existem duas escalas, uma para pais e uma para professores (*Conners Parent Rating Scales Revised* e *Conners Teacher Rating Scales Revised*), e duas versões, uma versão completa e outra versão reduzida. A versão completa, com 80 itens, avalia as seguintes dimensões: oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperatividade, ansiedade/timidez, perfeccionismo, problemas sociais, problemas psicossomáticos, índice global de Conners, subescalas de sintomas do DSM-IV e índice TDAH. A versão reduzida da escala para pais é constituída por 42 itens e avalia as dimensões: oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperatividade, conduta antissocial e índice TDAH, que diz respeito às características nucleares do TDAH. Gaião e Barbosa (1998) adaptaram e validaram fatorialmente o Questionário Abreviado de Conners, em ambas as formas: Professores e Pais, em uma amostra de 979 crianças. O percentual de variância do construto medido foi de 39,2%, e na versão de Pais, o índice de consistência interna foi de 0,79%, com ponto de corte de 57, para ambos os sexos. Na versão para Pais, os itens se dividiram em 4 fatores: Fator1 (Hiperatividade = 0,83), Fator 2 (Medos/Somatizações = 0,74), Fator 3 (Perseveração/Perfeccionismo = 0,67) e Fator 4 (Furtos/Conduta antissocial = 0,62). A escala reduzida foi utilizada nos Estudos III, IV, V e VI.

iii. Verificar os recursos familiares;

- *Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF – Anexo F)* (Marturano, 1999). A versão do RAF é composta por dez tópicos, correspondentes às áreas de recursos apresentadas pela família. O inventário é utilizado para investigar os recursos parentais de crianças que apresentam queixa escolar. Aplicada sob forma de entrevista semiestruturada, onde cada tópico é apresentado ao responsável / informante oralmente, tendo o examinador liberdade para explicitar o conteúdo da questão, caso haja dificuldade de compreensão por parte da pessoa entrevistada. O instrumento foi testado quanto à sua estabilidade temporal, mediante um procedimento de teste-reteste com 20 dias de intervalo, aplicado em três mães, exibindo índices de estabilidade de 100%, 99% e 92% (Santos & Marturano, 1999). No presente trabalho foi eleita a versão do inventário com 10 questões, validadas nas pesquisas de Ferreira e Marturano

(2002), e de Marturano, Ferreira e D'Avila-Bacarji (2005), quando também foi identificada a consistência interna adequada (alfa de Cronbach $> 0,69$). O escore em cada tópico é a soma dos pontos obtidos, conforme a opção marcada, a saber, sempre = 2 pontos, às vezes = 1 ponto e nunca = zero, havendo variações em alguns dos itens, onde é realizada a soma dos itens marcados. O escore total corresponde à soma dos escores obtidos nos dez tópicos utilizados (Marturano, 2006). Este inventário foi utilizado nos Estudos III e IV.

iv. Verificar problemas de comportamento;

-Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Trata-se de um questionário aplicado em crianças e jovens de 4 a 16 anos indicado para avaliar o comportamento, por meio de rastreamento (screening) de problemas de saúde mental (Fleitlich, Cortázar & Goodman, 2000; Goodman, 1997). É apresentado em três versões, indicadas para serem respondidas pelas próprias crianças (acima de 11 anos), por seus pais ou responsáveis e pelos professores. Neste estudo usamos somente a versão para pais. É composto por cinco subescalas, cada uma com cinco afirmações: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. Os estudos de fidedignidade do SDQ no Brasil apresentaram índice de consistência interna para as três versões valores próximos de 0,80 (valores para o escore total de dificuldades), sendo para o teste-reteste a correlação de 0,79 (o alfa de Cronbach) (Saur & Loureiro, 2012). Este instrumento foi utilizado nos Estudos V e VI.

v. Verificar as habilidades sociais educativas e práticas negativas de responsáveis, e, habilidades sociais e problemas de comportamento dos estudantes;

-RE-HSE-P / Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016). Trata-se de uma entrevista semiestruturada que objetiva caracterizar e levantar indicadores de problemas de comportamento e habilidades sociais de crianças escolares e pré-escolares através de perguntas dirigidas ao responsável pela criança. Adicionalmente, variáveis contextuais são investigadas como: habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas, contexto e sociodemográficas. Este instrumento é composto por 70 itens distribuídos em 13 conjuntos de perguntas, que investigam categorias comportamentais e contextuais: i. Total positivo; ii. Habilidades sociais infantis; iii. Habilidades sociais educativas parentais; iv. Variáveis de contexto; v. frequência positiva; vi. Total negativo; vii. Práticas educativas negativas; viii. Problemas de comportamento infantis; e frequência negativa. É possível a codificação e classificação dos resultados de duas formas:

uma considerando a análise por frequência de perguntas gerais e análise por itens de conteúdo; e a outra, análise por frequência, considerando as perguntas específicas de conteúdo. Ambas as análises possibilitam a caracterização do repertório comportamental, classificando-o em clínico, limítrofe e não clínico. A análise fatorial (validade de construto) que tem dois fatores (total positivo e total negativo), bem como a validade discriminante com pontos de corte a partir de curvas ROC, apresentaram o coeficiente alfa 0,846 para o instrumento como um todo. Este instrumento foi utilizado no Estudo VI.

vi. Verificar o nível socioeconômico das famílias;

- *Critério de Classificação Econômica Brasil* – CCEB (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP, 2018): Este questionário discrimina o poder de compra da população entre as diversas regiões do país. Os cortes do Critério Brasil para Classe, renda e pontuação estão definidos em: Classe A-25.554,33 (45-100 pontos); Classe B1-11.279,14 (38-44 pontos); Classe B2-5.641,64 (29-37 pontos); Classe C1-3.085,48 (23-28); Classe C2-1.748,59 (17-22); e Classe DE-719,81 (0-16 pontos). Este questionário foi utilizado no Estudo III.

4.3.3 Professoras avaliadoras

i. Finalidade: mensurar as habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica;

b) SSRS-BR - versão para professores (Del Prette et al., 2016): Nesta versão os professores avaliam o aluno através de três subescalas, uma de habilidade sociais, a segunda sobre problemas de comportamento e outra de competência acadêmica. A subescala de habilidades sociais é composta por 22 itens divididos em 4 por fatores de F1 a F4 para a escala de Habilidades Sociais: F1 – Responsabilidade (itens 06, 10, 13, 14, 20, 21), F2 – Autocontrole (itens 01, 04, 08, 09, 12, 18, 19, 22), F3 – Assertividade/Desenvoltura Social (itens 02, 03, 05, 07, 11) e F4 – Cooperação/Afetividade (itens 15, 16, 17). A Escala de Problemas de Comportamento possui 14 itens, divididos em 4 fatores - F1 – PC Externalizantes (itens 23, 25, 31, 32, 33, 34) e F2 – Hiperatividade (itens 27, 28, 30, 36) e F3 - PC Internalizantes (itens 24, 26, 29, 35). Foram encontrados altos valores de confiabilidade composta para as estruturas fatoriais da subescala de Habilidades Sociais: F1 – Responsabilidade = 0,91, F2 – Autocontrole = 0,85, F3 – Assertividade/Desenvoltura Social = 0,80, F4 – Cooperação/Afetividade = 0,86. Na subescala de Problemas de Comportamento os valores foram: F1 – PC Externalizantes = 0,90, F2 – Hiperatividade = 0,85, F3 - PC Internalizantes = 0,77 e F4 - Competência Acadêmica

= 0,98. Na escala de competência acadêmica, o professor compara o aluno com as outras crianças da sala, utilizando uma escala de cinco pontos (entre os 10% piores, 20% piores, 40% médios, 20% bons ou entre os 10% ótimos) em leitura, matemática, motivação geral, participação dos pais, funcionamento intelectual e comportamento geral em classe. Esta versão foi utilizada em nos Estudos III e IV.

ii. Finalidade: verificar o desempenho acadêmico dos estudantes;

- *Médias de desempenho acadêmico:* Foi verificado o desempenho acadêmico do estudante através do boletim escolar do mesmo no primeiro semestre de 2018, utilizada nos Estudos III e IV.

iii. Finalidade: verificar as características sintomatológicas do TDAH nos estudantes;

- *Escala de Conners (CPTRS) versão para professores (Gaião & Barbosa, 1998) (Anexo E):* A versão reduzida da escala para professores, utilizada neste estudo é constituído por 39 itens, mensurando dimensões como, oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperatividade, conduta antissocial e índice TDAH. Na validação do instrumento, Gaião e Barbosa (1998), encontraram o percentual de variância do construto em 39,2%, sendo o ponto de corte de 68 para meninas e de 66 para meninos, na versão de Professores. Os itens na versão de Professores foram divididos em 4 fatores: Fator1 (Hiperatividade = 0,91), Fator 2 (Desatenção = 0,80), Fator 3 (Passividade = 0,73) e Fator 4 (Conduta antissocial = 0,60). Dentre as escalas disponíveis para preenchimento por professores, apenas a *Escala de Conners* tem adequada avaliação de suas propriedades psicométricas em amostra brasileira (Gaião & Barbosa, 1998). Esta escala foi utilizada nos estudos III e IV.

iv. Finalidade: verificar os recursos e dificuldades na atuação docente;

- *Questionário com as professoras (Apêndice B):* este questionário foi desenvolvido pela pesquisadora e orientadora, considerando a literatura da área e foi composto por questões abertas buscou verificar com os professores as principais dificuldades encontradas pelos mesmos com os alunos com TDAH em sua vivência escolar; que também foi utilizado nos Estudos II e IV.

4.4 Materiais

4.4.1 Intervenção psicológica para estudantes (crianças e adolescentes)

- *Promove-Crianças* (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016): o objetivo deste Programa é desenvolver estratégias para prevenir o surgimento de problemas de comportamento. É composto por 10 sessões de intervenção que envolvem as habilidades sociais indicadas pela literatura da área como diferenciadores dos comportamentos de crianças clínicas e não clínicas. O instrumento é composto por 1 manual que contém a descrição detalhada sobre como desenvolver as sessões. As habilidades sociais ensinadas pelo instrumento são: Sessão 1. Cumprimentar, iniciar conversas e civilidade; Sessão 2. Agradecer, falar coisas boas e expressar opiniões; Sessão 3. Fazer amigos, ajudar, brincar e dividir as coisas; Sessão 4. Esperar minha vez e me controlar; Sessão 5. Expressar frustração adequadamente, não se deixar intimidar; Sessão 6. Nomear sentimentos e ter empatia; Sessão 7. Expressar direitos e necessidades adequadamente, participar de temas de discussão; Sessão 8. Elogiar, beijar e abraçar; Sessão 9. Fazer, atender a pedidos e agradecer; Sessão 10. Admitir erros, pedir desculpas e ouvir críticas. Resultados oriundos de estudo piloto utilizando este instrumento indicou a presença de novos comportamentos de habilidades sociais segundo avaliação de professores, comparando pré e pós teste. Informa-se que o mesmo foi utilizado no Estudo V.

4.4.2 Intervenção psicológica para responsáveis

- *Promove-Pais* (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018): Trata-se de um Programa de treinamento analítico-comportamental, destinado a pais cujos filhos apresentem problemas de comportamento. O instrumento possibilita a estimulação da ocorrência de comportamentos habilidosos em comunicação, afeto e constância dos pais, favorecendo a redução dos problemas de comportamentos de seus filhos. É constituído por 14 sessões que são organizadas em 5 momentos: 1. Tarefa de casa; 2. Exposição teórica dialogada; 3. Ensino de habilidades sociais; 4. Proposição da tarefa de casa; e, 5. Avaliação da sessão. Em cada sessão são treinadas habilidades alvos, a saber: 1. Comunicação: iniciar e manter conversações; 2. Comunicação: fazer e responder perguntas; 3. Expressar sentimentos positivos elogiar, dar e feedback positivo, agradecer; 4. Conhecer direitos humanos básicos; 5. Expressar e ouvir opiniões; 6. Comportamento habilidoso e não habilidoso; 7. Expressar sentimentos negativos, solicitar mudança de comportamentos, dar e receber feedback negativo; 8. Negociar, fazer e recusar

pedidos; 9. Lidar com críticas, admitir próprios erros, pedir desculpas; 10. Estabelecer limites: consistência na forma como pais e mães interagem com as crianças e estabelecer regras; 11. Estabelecer limites: atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos; 12. Estabelecer limites: ignorar comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção, expressar afeto; 13. Estabelecer limites: ignorar comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto; e, 14. Tema livre: lidar com a sexualidade do filho. O mesmo foi utilizado no Estudo VI.

- *Cartilha Informativa* (Bolsoni-Silva, Marturano, & Silveira, 2006): composta por temas relacionados a dificuldades geralmente encontradas na interação pais-filhos, apresentando exemplos de situações conflituosas e soluções, servindo de modelo de comportamentos esperados para os responsáveis, sendo utilizada no Estudo VI.

4.5 Considerações éticas

A realização do procedimento de coleta de dados nas etapas de caracterização e intervenção aconteceu após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE 70666017.8.0000.5407 – Anexo A; e CAAE 15046719.3.0000.5407 - Anexo B) respectivamente.

Foram seguidos os parâmetros bioéticos de pesquisas realizadas com humanos, conforme a resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde. Foi obtido o consentimento dos responsáveis e professores através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética referido, em duas vias devidamente assinados, sendo que uma via ficou com o participante. Com os estudantes, de acordo com as diretrizes, foi obtido o assentimento através do Termo de Assentimento, também em duas vias devidamente assinados, sendo que uma via ficou com o participante, informando-as que se tratava de uma participação voluntária, sendo exposto inclusive o contrato de sigilo garantido.

Além do cumprimento destas diretrizes éticas, durante a aplicação dos instrumentos, foi prezado o cuidado e observação de modo que os benefícios deste estudo fossem maiores do que os custos aos participantes, e ainda com as crianças e adolescentes, medidas foram tomadas a fim de evitar exposição desnecessária do estudante no contexto escolar.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Foi realizado em abril de 2016 um contato inicial com a Secretaria Municipal de Educação que autorizou o estudo. Inicialmente o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da FFCLRP-USP. Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, a pesquisadora entrou em contato com a Secretaria de Educação do município para recolher o nome das escolas e informações para contato, as quais os alunos pertenciam. Em seguida, foram contatadas as escolas, apresentado o projeto e solicitado ao diretor o nome e telefone dos pais cujas crianças com TDAH estivessem regularmente matriculadas. Foi então realizado contatos com os pais por via telefônica a fim de apresentar brevemente o estudo, e para aqueles que se interessaram em participar, foi marcado um encontro para apresentação do TCLE e posteriormente a aplicação dos instrumentos: *SSRS – versão para pais* (Del Prette et al., 2016), a *Escala de Conners (CPTRS)* (Gaião & Barbosa, 1998) – versão para pais e o *Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)* (Marturano, 1999), dentro do período de uma hora a uma hora e meia, na escola.

Após o contato com os pais, os professores foram convidados a participar do estudo e frente ao aceite foi aplicado o TCLE. As professoras preferiram preencher os instrumentos individualmente, assim, foram apresentadas as informações necessárias sobre como responder os instrumentos e combinado um dia para recolhimento destes, a saber: *SSRS – versão para professores* (Del Prette et al., 2016), a *Escala de Conners - CPTRS* (Gaião & Barbosa, 1998) – versão para professores e Entrevista semiestruturada.

Concomitantemente, as crianças foram convidadas a participar do estudo e apresentado o termo de assentimento para as mesmas. O contato inicial e aplicação dos instrumentos: *SSRS – versão para crianças* (Del Prette et al., 2016) e Entrevista Semiestruturada foi realizado na escola no período contra turno, para que não houvesse exposição das mesmas diante dos colegas de classe, e somente uma criança optou por preencher a entrevista sem o auxílio da pesquisadora.

O período para coleta de dados na etapa de caracterização aconteceu de fevereiro a julho de 2018. Após a coleta de dados com as três fontes de informação foram realizados os procedimentos de cotação dos protocolos, de análises estatísticas e qualitativa pertinentes e de elaboração da apresentação dos dados captados.

Em abril de 2019 foi realizado um novo contato com a Secretaria Municipal de Educação, que autorizou a segunda etapa de intervenção. Inicialmente o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da FFCLRP-USP, sendo aprovado em agosto de 2019. Na sequência a

pesquisadora entrou em contato com os pais (via telefone) e professoras (via entrega de carta convite) para levantamento de interesse na participação do estudo, tendo adesão das professoras (N=5, sendo participantes do estudo em 2018, contudo, elas não estavam acompanhando o aluno participante do estudo em 2019). Frente a estas dificuldades de composição amostral e ao vínculo já estabelecido com as famílias, optou-se por fornecer intervenção para os responsáveis e estudantes.

Foi então realizado contatos com os responsáveis por via telefônica a fim de apresentar brevemente a proposta de intervenção, e para os interessados (N=25) em participar foi marcado um encontro no consultório da pesquisadora para apresentação do TCLE, aplicação da *Escala de Conners* e *SSRS* respondidos pelos responsáveis, e concomitantemente, junto às crianças foi aplicado em grupos de cinco alunos, o *SSRS* e o Termo de Assentimento; os responsáveis respondiam aos instrumentos (*SSRS*, *SDQ*, *Escala de Conners*) ao mesmo tempo em outra sala; esse procedimento de coleta se repetiu nas avaliações intermediária e final realizadas durante a intervenção de crianças e adolescentes. Nesta data foi realizado um sorteio para definição dos estudantes para composição do Grupo Intervenção (N=11) e Grupo Espera (N=14). As intervenções oferecidas às crianças e adolescentes e às responsáveis foram realizadas no período noturno, no consultório da pesquisadora; as avaliações também ocorreram neste período.

Grupo de Intervenção (GI): grupo formado por estudantes, divididos em subgrupos menores como proposto pelo instrumento modelo de intervenção- Promove-Crianças em: GI1: N=11 crianças (GI1adolescentes de 11 a 13 anos N=5; GI2 e GI3 crianças de oito a 10 anos N=3). As crianças e adolescentes receberam treinamento por meio de aulas teórico-vivenciais e durante 10 semanas, de outubro a dezembro de 2019.

Sobre a coleta dos dados no Grupo Espera (GE): grupo formado por 12 estudantes e 11 responsáveis, que foram pré-avaliadas em outubro de 2019, reavaliadas em novembro e dezembro de 2019. Este grupo iria receber a intervenção de março a junho de 2020, concomitantemente com os responsáveis, entretanto, esta etapa foi cancelada em razão da pandemia de Covid-19 nesse período e retomada em setembro de 2021. O GE recebeu a intervenção combinada (alunos e responsáveis concomitantemente) de outubro a dezembro de 2021, para fins éticos.

Intervenção dirigida às responsáveis de GI: este grupo, inicialmente composto por oito responsáveis foi avaliado em fevereiro de 2020, após a finalização da intervenção dirigida aos estudantes de GI, através do RE-HSE-P, e em seguida foi iniciada a intervenção baseada no Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), somado às adaptações com foco no manejo

comportamental de TDAH, como apresentado no Estudo VI, que teve duração de sete semanas, finalizado em março de 2020, onde as responsáveis foram reavaliadas e também avaliaram os seus filhos. A Figura 4 apresenta uma síntese do delineamento, descrevendo as etapas de caracterização e intervenção, em termos de procedimentos de seleção dos participantes, percurso amostral, aplicação dos instrumentos e procedimento de análise dos dados.

4.7 Procedimentos de intervenção

4.7.1. Aplicação do Promove-Crianças adaptado para manejo do TDAH

Foram realizadas seis adaptações no programa Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016, versão padrão do Programa constituído por 10 sessões), com o objetivo de desenvolver estratégias de manejo de comportamentos de crianças/adolescentes com TDAH como indicados pela literatura da área. Estas adaptações foram planejadas antes da intervenção, com a orientação de uma das autoras do Programa, e aplicadas durante todas as dez sessões e consistiram em: uso da técnica de economia de fichas (DuPaul & Stoner, 2007); a hora do jogo livre; inserção de regras no grupo; definição das tarefas do dia e a pontuação de fichas esperadas para cada uma; entrega de uma figura referente à sessão no momento de despedida, cujo objetivo seria a transferência do aprendizado para outros contextos e; substituição do filme da Tinker Bell como indicado pelo Programa, pelo filme Karatê Kid (2012), com o objetivo de alinhar os conteúdos à fase de desenvolvimento e interesses de estudantes de 12 e 13 anos.

Foi colocado um painel na sala de treinamento onde os emojis eram afixados a princípio pelos estudantes, porém isto fazia com que se distraíssem, assim, a partir da segunda sessão a pesquisadora passou a afixar no espaço correspondente à cada estudante juntamente com a verbalização da descrição do comportamento. A fim de desenvolver a responsabilidade dos participantes junto à intervenção, a pesquisadora atribuiu a função de inserir uma ficha com o respectivo nome, bem como o recolhimento do mesmo e dos emojis obtidos, e após realizado isso, o participante poderia escolher o que fazer na hora jogo livre.

Ressalta-se que todas as sessões seguiram as proposições originais do Promove-Crianças (estrutura e sequência), acrescidas das adaptações realizadas. Foram realizadas 10 sessões de intervenção, em três grupos de participantes, divididos segundo idade (GI1= 5 participantes, de 12 a 13 anos, GI2=3 participantes e GI3 =3 participantes, de 8 a 10 anos cada). Os grupos receberam a intervenção pela mesma psicóloga, concomitantemente em dias e horários combinados, tendo cada sessão a duração de uma hora e meia.

As demais etapas do Promove-Crianças foram seguidas conforme indicado no manual, somadas às adaptações inseridas pela pesquisadora. A Tabela 5 apresenta o roteiro utilizado durante as 10 sessões.

Tabela 5

Etapas e adaptações realizadas durante a intervenção psicológica junto às crianças e adolescentes

Sequência proposta pelo Programa	Adaptações realizadas – comportamentos reforçados
1-Acolhida (expressão de sentimentos e acontecimentos da semana)	Estudante afixa seu nome no painel de fichas;
2-Hora do filme (apresentação do trecho do filme correspondente ao tema da sessão)	Pontuação de emojis para quem assistiu e não atrapalhou; para quem expressou o que pensa, e se prestou atenção;
3-Hora da história (leitura de de história correspondente ao tema da sessão)	Pontuação de emojis se participam, prestam atenção e se esperou o colega para falar;
4-Hora do reforço	Ganhava o direito de usar o colar quem conseguisse um mínimo de emojis – que eram gradativamente aumentados no decorrer da intervenção; neste momento o estudante contabilizava as suas fichas – esperado um número mínimo de pontuação para esta etapa;
5-Vamos treinar (atividade direcionada pelo Programa)	Pontuação de emojis se participam, se prestam atenção e se esperou o colega para falar; após esse momento o estudante contabilizava as suas fichas (estipulado um número mínimo), as retirava do painel para guardá-las, e se atingido a pontuação mínima, ganhava a hora do jogo livre;
6-Despedida	Pesquisadora sintetiza o que aprenderam, entrega a ficha (figura-imã de geladeira com imagens correspondentes a HS desenvolvida) e recolhe os colares.

4.7.2 Aplicação do Promove-Pais adaptado para manejo do TDAH

Assim como realizada na intervenção dos estudantes, na intervenção com as responsáveis utilizando o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), foram adicionadas adaptações a fim de atender as necessidades específicas do manejo junto às dificuldades identificadas nos filhos com TDAH. A intervenção foi constituída por dois componentes (o primeiro, relativo às práticas parentais direcionadas aos filhos com TDAH e o segundo, realizando o Promove-Pais, com duração de duas horas).

O primeiro componente, direcionado às especificidades das práticas parentais para filhos com TDAH, envolveu como primeira adaptação ensinar às responsáveis a técnica “economia de fichas”, de forma teórico vivencial, visto que iriam aplicar com sua criança ou adolescente. A atividade era realizada nos 30 minutos iniciais, onde as responsáveis eram reforçadas com emojis felizes ou tristes, conforme cumprimento das regras. A segunda adaptação foi o estabelecimento de regras como: participar, sigilo, respeitar o outro, esperar a vez para falar, limite de duas faltas, pontualidade e ler a cartilha em casa (sugestão do Programa). A terceira adaptação consistiu em realizar dois temas em cada encontro, assim as 14 sessões propostas pelo Promove-Pais foram compiladas em sete sessões de uma hora cada a princípio, no entanto, frente à demanda do grupo a partir do segundo encontro, as sessões passaram a ter duas horas de duração. A sequência das sessões do Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) na versão adaptada ficaram organizadas em: Sessão 1. Apresentação e iniciar e manter conversações e fazer perguntas; Sessão 2. Expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer e conhecer direitos humanos básicos; Sessão 3. Expressar e ouvir opiniões e comportamento habilidoso e não habilidoso; Sessão 4. Expressar sentimentos negativos, solicitar mudança de comportamento, dar e receber feedback negativo; Sessão 5. Estabelecer limites: consistência na forma como pais e mães interagem com a criança e estabelecer regras; Sessão 6. Estabelecer limites: atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos; e Sessão 7. Estabelecer limites: ignorar comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção, expressar afeto.

A quarta adaptação envolveu o ensino de estratégias de organização de rotina e reforço de comportamentos adequados; discutia-se regras e comportamentos desejados pelas responsáveis em seus filhos, tipo de reforço (por exemplo: brincadeira, jogo, sobremesa, comida, presente) e data da semana em que reforço comportamental seria feito, também se discutia as dificuldades no manejo das regras e as mudanças necessárias para alcançar o

objetivo-comportamento esperado. A quinta adaptação realizada foi inserir aulas teórico-vivenciais cujo foco consistia na apresentação de informações sobre o TDAH e orientações de manejo comportamental. Os temas das aulas teórico-vivenciais foram embasados em autores da área como Barkley (2002), Döpfner, Frölich e Metternich (2016) e Du Paul e Stoner (2007), e discutidos em conjunto com as responsáveis, como proposto pelo modelo colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993), onde as mesmas tiravam dúvidas sobre os assuntos e compartilhavam suas vivências.

Os temas das aulas teórico-vivenciais discutidos nos encontros ficaram organizados em: Sessão 1-Ensino da estratégia economia de fichas; Sessão 2-Informações sobre o diagnóstico do TDAH e dificuldades esperadas; Sessão 3-Tipos de tratamentos; Sessão 4-Ensino de estratégia para aumentar a auto regulação da criança; Sessão 5-Ensino e discussão de formas de auto cuidado; Sessão 6-Discussão de princípios para mães e pais de filhos com TDAH e; Sessão 7-Ensino de estratégias para encorajar amizades nas crianças/adolescentes.

Apresentados os dois componentes, passa-se para a descrição das duas etapas desenvolvidas na intervenção. A primeira etapa (primeira hora), realizada nos sete encontros, envolveu o desenvolvimento da técnica de economia de fichas, discussão sobre a organização da rotina da criança e adolescente e apresentação da aula teórica-vivencial.

Na segunda etapa (segunda hora) foi aplicado a sequência proposta no Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), com o apoio e discussão da Cartilha informativa (Bolsoni-Silva, Marturano, & Silveira, 2006), que era lida pelas participantes em casa e os temas discutidos nos encontros. As tarefas de casa propostas pelo Programa, bem como a organização da rotina semanal (adaptação inserida) eram corrigidas pela pesquisadora, que comentava nas folhas e discutia as dificuldades no grupo no encontro seguinte. A Figura 5, apresentada na sequência, sintetiza os procedimentos adotados nesta intervenção.

Etapas	Temas por sessão	Adaptações inseridas no Promove-Pais
<p>Primeira hora</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retomada e discussão do desenvolvimento da técnica de economia de fichas; -Discussão sobre a organização da rotina da criança e adolescente; - Aula teórica-vivencial sobre temas relacionados ao TDAH. 	<p>Temas trabalhados nas aulas teórico-vivenciais:</p> <p>Sessão 1-Ensino da estratégia economia de fichas; Sessão 2-Informações sobre o diagnóstico do TDAH e dificuldades esperadas; Sessão 3-Tipos de tratamentos; Sessão 4-Ensino de estratégia para aumentar a auto regulação da criança; Sessão 5-Ensino e discussão de formas de autocuidado; Sessão 6-Discussão de princípios para mães e pais de filhos com TDAH Sessão 7-Ensino de estratégias para encorajar amizades nas crianças/adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da técnica economia de fichas junto às mães em todos os encontros; -Ensino da técnica economia de fichas, de estratégias de organização de rotina e premiação de comportamentos adequado; -Estabelecimento de regras a ser cumprida pela responsável como: participar, sigilo, respeitar o outro, esperar a vez para falar, pontualidade, limite de faltas e ler a cartilha em casa; -Agrupar dois temas em cada encontro, assim as 14 sessões propostas pelo Promove-Pais, foram compiladas em sete sessões de duas horas cada; -Inserção de aulas teórico-vivenciais cujo foco consistia na apresentação de informações sobre o TDAH e orientações de manejo comportamental.
<p>Segunda hora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicado a sequência proposta no Promove-Pais (Fogaça & Bolsoni-Silva, 2018) de acordo com o manual, com o apoio e discussão da Cartilha informativa (Bolsoni-Silva, Marturano, & Fogaça, 2019). 	<p>Temas das sessões: formato reduzido</p> <p>Sessão 1. Apresentação e iniciar e manter conversações e fazer perguntas; Sessão 2. Expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer e conhecer direitos humanos básicos; Sessão 3. Expressar e ouvir opiniões e comportamento habilidoso e não habilidoso; Sessão 4. Expressar sentimentos negativos, solicitar mudança de comportamento, dar e receber feedback negativo; Sessão 5. Estabelecer limites: consistência na forma como pais e mães interagem com a criança e estabelecer regras; Sessão 6. Estabelecer limites: atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos; Sessão 7. Estabelecer limites: ignorar comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção, expressar afeto.</p>	

Figura 5

Síntese dos procedimentos adotados na intervenção psicológica realizada junto às responsáveis

Com maior detalhamento, as estratégias de manejo adotadas pela pesquisadora na segunda etapa se basearam na sequência proposta no Promove-Pais em relação aos passos a serem realizados em cada encontro, a saber: 1. tarefa de casa: ouvir relato; se teve dificuldade para realizar perguntas para que descrevam contingências; modelar respostas e buscar sugestões do grupo; 2. Exposição dialogada: usar cartilha – recomenda-se a leitura em casa pelas participantes, ao iniciar perguntar o que pensam, relacionar com as dificuldades que possuem, pedir soluções para resolução de problemas; 3. Ensino habilidades e comportamentos: anotar os comportamentos importantes para cada participante – para inserir caso a pessoa não fale, usar role playing, vídeos, reflexão; 4. Proposição de tarefa de casa: entregar folhas com as tarefas e explicá-las (nesse caso, as responsáveis levavam duas tarefas a cada encontro); 5. Avaliação da sessão: solicitar para cada participante relatar ou escrever o que acharam sobre a condução da terapeuta e sobre o próprio desempenho (neste caso, esta avaliação foi inserida na folha de tarefa de casa).

Para o cumprimento do tempo previsto em duas horas para a intervenção foi estabelecido junto ao grupo, um limite em minutos para discussão de cada etapa em todas as

sessões. Adicionalmente, a pesquisadora delimitava e negociava com o grupo em alguns encontros a possibilidade de estender o tempo para garantir a expressão de todas as participantes.

4.8 Análise dos dados

A análise de dados será descrita em três módulos: no primeiro módulo estão apresentados os procedimentos de Análise Quanti-Qualitativa, no segundo módulo, estão expostos os procedimentos da Análise Quantitativa e no terceiro, a descrição da Análise de dados por meio da Triangulação.

4.8.1 Procedimentos da Análise Quanti-Qualitativa

Os resultados das entrevistas, questionários foram transcritos e analisados quanti-qualitativamente através do software *IRaMuTeQ*. O software *IRaMuTeQ* (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), foi criado em 2009 por Pierre Ratinaud. É um software gratuito de fonte aberta, licenciado por GNU GPL (v2), utilizando o ambiente estatístico do software R. Este utiliza o mesmo algoritmo do software Alceste para realizar análises estatísticas de textos, com mais funcionalidades, como a CHD (Classificação Hierárquica Descendente) e outras análises lexicais que auxiliam na análise e interpretação de textos. Sobre seu funcionamento, o *IRaMuTeQ* processa o texto de modo a possibilitar a identificação de vocabulário, permitindo a inferência sobre quais ideias o corpus textual deseja transmitir. Os corpus textuais são considerados aptos para análise no *IRaMuTeQ* quando apresentarem índices de retenção igual ou maior que 75% (Camargo & Justo, 2013; Salviati, 2017).

Alguns termos utilizados pelo software são importantes e auxiliam na operacionalização e compreensão dos resultados, são eles, destacados por Salviati (2017):

- *Corpus*: é um conjunto de textos construídos pelo pesquisador e que forma o objeto de análise (ex: conjunto de artigos que foram publicados em determinado período ou um conjunto de transcrições de entrevistas);
- *Texto*: a definição é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Se a análise vai ser aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será um texto.

Um conjunto de textos, portanto, constitui um corpus de análise. - *Segmentos de textos* (ST) são fragmentos de texto, dimensionadas pelo próprio software em função do tamanho do corpus e são considerados o ambiente das palavras.

- *AFC*: Análise Fatorial de Correspondência. É o cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em um plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas.

- *Classe*: pode ser definida como um agrupamento constituído por várias UCE (Unidades de Contexto Elementar, que são palavras) de vocabulário homogêneo.

- *Grafo*: A teoria dos grafos é um ramo da matemática que estuda as relações entre os objetos de um determinado conjunto. - *Qui-Quadrado*: a distribuição χ^2 ou chi-quadrado é uma das distribuições mais utilizadas em estatística inferencial, principalmente para realizar testes de χ^2 . Serve para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno. Valores iguais a 3,8 ou acima, indicam correlação significativa entre as variáveis. - *Lematização*: é o processo de flexionar uma palavra para determinar o seu lema (as flexões chamam-se lexemas).

As análises possíveis a serem realizadas dependem do tipo de dados e de interesse do pesquisador: corpus textuais ou tabelas. Para corpus textuais são possíveis as seguintes análises, a saber, Estatísticas textuais; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude; Nuvem de Palavras; Análise de Especificidades; e Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Para análise em tabelas estão, Classificação Hierárquica Descendente; CHD por matrizes de distância; Análises de similitude; Nuvem de palavras; Descrição e qui-quadrado (Camargo & Justo, 2013; Salviati, 2017).

Nas análises de Especificidades e AFC associam-se textos com variáveis, que possibilitam a análise da produção textual em função das variáveis definidas pelo pesquisador. A análise pelo Método de Reinert propõe uma classificação hierárquica descendente (CHD), e é considerada uma das análises mais importantes, pois ao utilizar da lógica de correlações utiliza as segmentações do corpus textual, juntamente com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido para apresentar um esquema hierárquico de classes (Camargo & Justo, 2013; Salviati, 2017).

A Análise de Similitude ou de semelhanças é baseada na teoria dos grafos, onde é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis identificadas na análise. Para analisar o emprego da palavra, utilizou-se o recurso formas e frequências para identificação da

palavra, e acionando o botão direito sobre a palavra, na opção co-ocorrência são apresentados os segmentos de texto que apresentaram as palavras, bem como as variáveis, apoiando a análise em contexto.

Outro recurso disponibilizado pelo *IRaMuTeQ* é a Análise por Nuvem de Palavras, que é a mais típica quando se trata de análise de texto, onde apresenta um apanhado de palavras estruturadas em forma de nuvem. A disposição destas palavras propõe uma leitura onde as palavras maiores são aquelas que detém certa importância no corpus textual (a partir de um simples indicador de frequência ou outro processo estatístico). Em suma, se trata de uma análise lexical mais simples, mas graficamente interessante, pois possibilita a rápida identificação das palavras-chave de um corpus (Camargo & Justo, 2013; Salviati, 2017).

Para análise dos dados no *IRaMuTeQ*, nas entrevistas das crianças e questionários das professoras seguiu-se o mesmo processo, onde primeiro passo foi realizada a preparação dos corpus textuais de acordo com as premissas do software de duas formas: corpus em texto corrido e corpus divididos por temas. Para a construção do corpus é necessário a definição das variáveis de investigação, para tanto os escores oriundos dos instrumentos bem como as variáveis sociodemográficas de crianças e professoras foram transformadas em variáveis categóricas.

Foram realizados vários testes de análises no software com os tipos de corpus (entrevista, questionário e transcrições) (em texto corrido e texto dividido por temas). No corpus dividido por temas nas entrevistas com as crianças foram definidos os temas e vistos os seguintes índices de retenção: Tema 1. Contexto de sala de aula – 71,12%, Tema 2. Recursos – 64,91% e Tema 3. Contexto e recursos - 76% (as respostas foram reagrupadas em razão das temáticas). No corpus por temas no questionário com as professoras, foram definidos os mesmos temas: Tema 1. Contexto de sala de aula – 71,07%, Tema 2. Recursos – 69,05% e Tema 3. Contexto e recursos - 83,29%. No corpus em texto corrido para crianças foram realizadas duas tentativas, apresentando índices de retenção de 80,69% e 86,05% e no corpus das professoras, realizada uma tentativa, evidenciou-se o índice de 92,01%. Frente aos maiores valores de índices apresentados em ambos os corpus das entrevistas (= ou < 75%) sem a categorização por temas, esta opção foi eleita para as análises realizadas neste estudo.

Após o teste de diferentes formas de análises, foram adotados os seguintes caminhos, abaixo descritos, para operacionalização dos corpus: entrevistas com crianças e professoras no *IRaMuTeQ*, estes que basearam-se nas diretrizes estabelecidas pelo manual do software em relação ao tamanho dos textos.

Foram realizadas duas tentativas de análises no corpus de entrevistas de crianças: *Caminho 1* (entrevistas com as crianças): como as respostas são mais curtas (menores que três linhas), optou-se pelo recurso “parágrafo” e não por “ocorrência” (padrão) como método de construção de segmento de texto (ST). Também foi diminuído o número do segmento de texto (ST) de 40 (padrão) para 20, optando-se pela classificação “simples sobre textos”, formas ativas (em relação ao tipo de palavras) e selecionado o modo de operação por “modalidades”. Nesta modalidade o índice de retenção foi de 86,05%, e o conteúdo dividido em 8 classes. *Caminho 2*: foi eleito os recursos padrões do software, escolhido como método de construção de segmento de texto (ST) “ocorrência”, sendo mantido o número do segmento de texto (ST) em 40 (padrão), optando-se pela classificação “simples sobre ST”, formas ativas e complementares (em relação ao tipo de palavras) e selecionado o modo de operação por “variáveis”. Nesta modalidade o índice de retenção foi de 80,69%, e o conteúdo dividido em 6 classes. Embora o caminho 2 apresente um índice de retenção menor (80,69%) do que o caminho 1 (86,05%), este foi escolhido para análise porque evidenciou nas 6 classes formadas, maior diversidade de conteúdo, como por exemplo, preferências das crianças, auxílio em casa nas tarefas escolares, auxílio a ser ofertado para as mesmas em sala de aula, dificuldades acadêmicas e de relacionamentos, enquanto que as 8 classes do caminho 1, apresentaram conteúdos representando as preferências e gostos das crianças em casa e em sala de aula.

Caminho 3 (questionário com as professoras): as respostas possuem mais que três linhas, então foi selecionado o recurso “ocorrência” (padrão), o tamanho do segmento de texto (ST) foi mantido em 40 (padrão), classificação “simples sobre ST”, formas ativas e complementares e operação por “variáveis” apresentaram os mesmos resultados finais.

As análises textuais em todos os corpus foram realizadas conforme a sequência apresentada pelo *IRaMuTeQ*: Estatísticas, Análise de Especificidades e Análise Fatorial (AFC), Método de Reinert ou Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise de Similitude e Análise de Nuvem de Palavras geral e por classe de conteúdo.

Para a Análise Qualitativa dos dados resultantes do *IRaMuTeQ* foi adotada a análise temática, procedimento de acordo com os pressupostos de Braun e Clarke (2006), cujo método permite identificar, analisar e relatar padrões (temas) presentes nos dados; a partir disto, as classes emergidas na CHD foram nomeadas conforme os padrões temáticos emergidos.

4.8.2 Procedimento da Análise Quantitativa

Os dados obtidos nos instrumentos de avaliação do repertório comportamental das

crianças (respondidos por pais, professoras e crianças) foram cotados de acordo com as proposições de cada técnica. Os resultados obtidos na etapa de caracterização foram transpostos para planilhas do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* – SPSS, versão 22, e para a etapa de intervenção utilizou-se o programa estatístico *JASP*, versão 0.11.1.0. Inicialmente, foram obtidas as estatísticas descritivas para a amostra total como média, desvio padrão, mediana e levantamento de frequência, quando pertinente.

Antes de proceder às análises inferenciais para a etapa de caracterização via SPSS, foi verificado se as variáveis apresentam distribuição normal, por meio do teste de *Kolmogorv-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, quando atendido este pressuposto, foram realizadas comparações entre o grupo total e amostra de referência através do teste *t de Student*. Quando não foi possível a realização de estatísticas paramétricas, foram utilizadas às alternativas não paramétricas – teste *U de Man-Whitney* e *Kruskall-Wallis*.

Para a etapa de intervenção foram verificadas todas as variáveis quanto a distribuição normal considerando que valores de curtose até sete pontos e simetria até três são indicativos de distribuição próxima a normal, conforme sugere (Marôco, 2011). Esta análise foi realizada por meio do JASP, em análises descritivas, e quando atendido esse parâmetro foram realizadas comparações entre os grupos intervenção (GI) e espera (GE) nas três avaliações, através do teste *t de Student*; e comparações pareadas intra grupos por meio do teste *t de Student* pareado, nas três avaliações. O tamanho de efeito para as medidas paramétricas foi o *d* de Cohen, e para as comparações não paramétricas foi o coeficiente de associação serial. De acordo com Marôco (2011), considera-se o efeito como pequeno quando $d \leq 0,2$; médio, quando *d* variou entre 0,2 e 0,5; elevado para *d* entre 0,50 e 1; muito elevado quando $d > 1$. Na impossibilidade de realização de estatísticas paramétricas, foram adotadas as estatísticas não paramétricas teste *U de Man-Whitney* como alternativa ao teste *t de Student*, e o teste de *Wilcoxon* como alternativa ao teste *t de Student* pareado.

As associações entre as variáveis foram obtidas através do coeficiente de correlação de *Pearson* e como alternativa não paramétrica, o coeficiente de *Spearman*, sendo consideradas, conforme sugerem Hair, William, Babin e Anderson (2009), como fracas quando atingem valores menores que 0,30, moderadas entre 0,30 e 0,69, e fortes acima de 0,70.

4.8.3 Procedimento da Análise da Triangulação

Foram realizadas duas triangulações: uma entre o corpus de entrevistas das crianças e dados quantitativos obtidos nos instrumentos, e outra, entre o corpus de questionário de professoras e dados quantitativos. Os dados quantitativos se referem aos resultados obtidos por meio dos diferentes instrumentos utilizados respondidos pelos diferentes avaliadores (crianças, responsáveis e professoras), acrescida da média da nota nas disciplinas escolares e e dados sociodemográficos (crianças e professoras).

Para tanto, os escores totais obtidos nos instrumentos foram transformados em variáveis categóricas. As variáveis categóricas foram definidas e inseridas nos corpus. Na sequência foram construídos cinco corpus, diferenciados pelas variáveis, como apresentados a seguir e realizadas as análises no *IRaMuTeQ*:

- Corpus 1 – variáveis: número do participante, sexo, medicação, série, Habilidades Sociais para Pais, Habilidades Sociais para Professoras, Habilidades Sociais para Crianças e respostas obtidas na entrevista.

- Corpus 2 - variáveis: número do participante, sexo, medicação, série, Problemas de comportamento para Pais, Problemas de comportamento para Professoras, Problemas de comportamento para Crianças e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 3 - variáveis: número do participante, sexo, série, Competência Acadêmica para Professoras, Notas obtidas e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 4 - variáveis: número do participante, sexo, série, RAF para pais e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 5 - variáveis: número do participante, sexo, série, Connors para Pais, Connors para Professoras e respostas obtidas na entrevista;

Para a triangulação entre o corpus de entrevistas das professoras, foram construídos cinco corpus, com a mesmas variáveis atribuídas aos instrumentos da triangulação das crianças, como consta a seguir:

- Corpus 1 - variáveis: número do participante, Habilidades Sociais para Pais, Habilidades Sociais para Professoras, Habilidades Sociais para Crianças e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 2 - variáveis: número do participante, Problemas de comportamento para Pais, Problemas de comportamento para Professoras, Problemas de comportamento para Crianças e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 3 - variáveis: número do participante, Competência Acadêmica para Professoras, Notas obtidas e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 4 - variáveis: número do participante, RAF para pais e respostas obtidas na entrevista;

- Corpus 5 - variáveis: número do participante, Conners para Pais, Conners para Professoras e respostas obtidas na entrevista;

Os dez corpus foram transpostos para o *IRaMuTeQ* e realizadas as seguintes análises: Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Após as tentativas de análise dos dez corpus foi verificado se o índice de retenção e as demais análises realizadas pelo *IRaMuTeQ* permaneciam iguais, e por se manterem idênticas foram inseridas as 17 variáveis dentro dos dois corpus (entrevista de criança e questionário de professora), e, diante os mesmos valores obtidos nas análises anteriores (10 corpus), foi o procedimento eleito para a análise final das duas triangulações.

Os resultados foram interpretados conforme a presença e frequência das variáveis apresentadas no plano fatorial, distribuídas por classes e identificadas pelas cores definidas pelo software num primeiro momento, no entanto, para melhor compreensão e organização do texto, optou-se por apresentar a análise de Classificação Hierárquica Descendente, transposta em figuras, constituídas pelas Classes e palavras com maior associação, conforme qui-quadrado, apresentado no Estudo IV.

INFORMAÇÕES SUPRIMIDAS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pressupostos teóricos e metodológicos utilizados, o presente estudo respondeu aos objetivos traçados, corroborando com dados e fatos anteriormente apresentados pela literatura, como trazendo novas contribuições para a área. A revisão de literatura subsidiou a compreensão do estado da arte na área, revelando as lacunas e contribuições científicas produzidas entre os anos de 2007 a 2018; destaca-se a pouca produção de estudos com foco em habilidades sociais na população infantil com TDAH por um lado, e noutro, o benefício destes quando são realizados. Em um segundo momento, os estudos de caracterização apontaram narrativas de crianças e professoras marcadas por dificuldades; falsos positivos diagnósticos de TDAH, não diferenciação entre crianças que usam e não usam medicação para o repertório comportamental, marcado por problemas de comportamento, recursos familiares presentes; e a prática docente deficitária relacionada a resultados disfuncionais ao desenvolvimento dessas crianças. Finalmente, a intervenção junto a alunos com TDAH e seus responsáveis legais,

utilizando os Programas Promove-Crianças e Promove-Pais adaptados, apontaram resultados benéficos sobre os comportamentos e sobre os processos proximais. Os efeitos positivos destas intervenções foram expressos através da aquisição de habilidades sociais, capacitando os participantes no controle do próprio comportamento, alterando padrões de reciprocidade, de equilíbrio de poder e facilitação das relações afetivas e sociais, tal como a perspectiva Bioecológica propõe, promovendo resultados competentes de desenvolvimento humano.

Apesar do grande empenho para caracterizar e compreender variáveis e processos que atuam sobre o desenvolvimento de escolares com TDAH, algumas lacunas continuam em aberto, como a ausência de análises quantitativas (predições, comparações entre grupos (de estudantes e responsáveis) que receberam tratamentos em comparação aos que não receberam nenhum tratamento), observação e intervenção nos processos proximais do microssistema escolar, sendo estratégias metodológicas que poderiam auxiliar outros desdobramentos de compreensão da problemática.

A partir dessas considerações, tem-se nítida a possibilidade de outros estudos de investigarem continuamente os efeitos de intervenções psicológicas com foco no ensino de habilidades sociais para a população de estudantes com TDAH e seus contextos. Adicionalmente, trabalhos buscando o desenvolvimento e aprimoramento de ferramentas orientadoras de práticas educativas inclusivas, bem como de outros que colaborem para a formação baseada em evidências científicas direcionada aos profissionais envolvidos, podem cooperar enormemente para o campo.

A ciência caminha, baseia-se no anterior, produz o atual e impulsiona o próximo, buscando compreensão e melhorias para o mundo e a vida. Espera-se que esse estudo possa gerar contribuições para a vida de alunos com TDAH, suas famílias e professores e que incentive estudos e políticas públicas comprometidas com o social.

“Nenhuma sociedade pode se sustentar muito tempo a menos que seus membros tenham aprendido as sensibilidades, motivações e habilidades envolvidas na ajuda e no atendimento aos outros seres humanos” (Bronfenbrenner, 1996, p. 43). Esse futuro possível é “presente”.

8 REFERÊNCIAS

- Abikoff, H. et al. Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and longterm effects from a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 81, 113-28.
- Abrahão, A. L. B., Elias, L. C. S., Zerbini, T., & D'Avila, K. M. G. (2020). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Inclusão Educacional e Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas: Uma Revisão Integrativa. *Revista Psicologia: organizações e trabalho*, 20(2), 1025-1032. doi: 10.17652/rpot/2020.2.18885
- Abrahão, B. L. A., & Elias, S. L. (2021a). Habilidades Sociais em Crianças com TDAH: uma revisão de literatura. *Contextos clínicos*, 14(2), 680-705. doi.org/10.4013/ctc.2021.142.14
- Abrahão, A. L. B., & Elias, L. C. S. (2021b). Students with ADHD: Social Skills, Behavioral Problems, Academic Performance, and Family Resources. *Psico-USF [online]*, 26(3), 545-557. doi.org/10.1590/1413-82712021260312
- Alasehirli, B., Oguz E., Gokcen C., et al. (2015). Relationship between soluble intercellular adhesion molecules and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int J Pssychiatr Med*. 50, 238-47.
- Albert, J., Fernandez, J. A., Martin, F. M. D., Lopez, L., Martin, S., Fernandez-Perrone, A. Calleja-Perez, L.B., & Recio-Rodriguez M. (2016). The neuroanatomy of attention deficit hyperactivity disorder: neuropsychological and clinical correlates. *Revista de neurologia*, 63(2), 71.
- American Psychiatric Association, A.P.A (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidencebased practice. *Amrerican Psychologist*, 61(4), 271-285.
- American Psychiatric Association, A.P.A (2014). *Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais*. (5 ed). Seção II, 59-66.
- Antshel, K. M., Zhang – James, Y., Wagner, K. E., et al. (2016). An update on the comorbidity of ADHD and ASD: A focus on clinical management. *Expert Rev Neurother*, 16, 279-93.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2021). Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. <https://snpgpc.anvisa.gov.br>
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais–o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-Term Outcomes of ADHD: Academic Achievement and Performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73-85. doi:10.1177/1087054714566076
- Arns, M., Clark, C. R., Trullinger, M., deBeus, R., Mack, M., & Aniftos, M. (2020). Neurofeedback and Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD) in Children: Rating

- the evidence and proposed guidelines. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 45(2), 39–48. <https://doi.org/10.1007/s10484-020-09455-2>
- Assis, R. P. (2017). *Práticas educativas, problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: um estudo comparativo e correlacional de medidas de relato*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual paulista, São Paulo, Brasil.
- Assis, F. R. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2020). Educational Social Skills and Repertoire of Children Differentiated by Behavior and Sex. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3015. doi:10.1590/1982-4327e3015
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). (2019). *Legislação: Relação de projetos e leis sobre o TDAH no Brasil*. Recuperado de <https://tdah.org.br/>.
- Baptista, M. N., Magna, L. A., McKay, D., Del-Porto, J. A. (2011). Assessment of obsessive beliefs: Comparing individuals with obsessive-compulsive disorder to a medical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42(1):1-5. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.08.002.
- Barbosa, G. A, Dias, M. R., & Gaião, A. A. (1995). Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa, Brasil. *Infanto*, 5, 118-25.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.
- Barkley, R. A., et al. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnostico e tratamento* (3º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barros, D., & Ortega, F. (2011). Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 350-362.
- Belli, A. A. (2008). *TDAH! E agora? A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. São Paulo: Ed. STS.
- Beltrame, R. L., Gesser, M., & Souza, S. V. (2019). Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 24, e42566. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.42566>
- Benczik, E. B. P., & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97), 93-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100010&lng=pt&tlng=pt.

- Berenguer, F. C., Roselló, M. Belén, Baixauli, F. I., García, C. R., Colomer, D. C., & Miranda, C. A. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind / Síntomas de TDAH y problemas con los compañeros: mediación del funcionamiento ejecutivo y de la teoría de la mente. *Psicothema (Oviedo)*, 29(4), 514-519.
- Bernedo, I. M., Salas, M. D., Fuentes, M. J., & García-Martin, M. A. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43-49.
- Bhide, S., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., & Nicholson, J. M. (2017). Association between parenting style and social outcomes in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: An 18-month longitudinal study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38(6), 369-377.
- Boas, A. C. V. B. V., Silveira, F. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9(2), 323-332.
- Boas, A. C. V. V., & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Habilidades sociais educativas de mães separadas e sua relação com comportamento de pré-escolares. *Psico-USF*, 15(3), 301-310.
- Bock, A. M. B., Teixeira, M. L., & Furtado, O. (2018). *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia*. 15 ed. Saraiva.
- Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with adhd: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27 (1), 78-97.
- Booster, G. D., DuPaul, G. J., Eiraldi, R., & Power, T. J. (2012). Functional Impairments in Children with ADHD: Unique Effects of Age and Comorbid Status. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 179-189.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2012). *Index for inclusion – developing learning and participation in schools*. Bristol: CSIE.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares*. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2008). Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. *Aletheia*, (27), 126-138.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do

- ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, 47(2), 111-120. doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.20806.
- Bolsoni-Silva, A. T.; Silveira, F. F. & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Revista Contextos Clínicos*, 1(1), 19-27.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, 1(1), 19-27.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Rev. bras. ter. comport. Cogn*, 10(2), 125-142.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2010). Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 67-75. doi: 10.1590/S0102-37722010000100009.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Borelli, L. M. (2012). Treinamento de Habilidades Sociais Educativas Parentais: Comparação de Procedimentos a partir do Tempo de Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(1), 36-58.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E., Figueiredo, V. A. P., & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 460-469.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2019). Práticas Parentais: Conjugalidade, Depressão Materna, Comportamento das Crianças e Variáveis Demográficas. *Psico-USF*, 24(1), 69-83.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., & Silveira, F. F. (2006). Cartilha informativa: Orientação para pais e mães. Suprema - São Carlos-SP.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S., & Marturano, E. M. (2016). *Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)*. Manual Técnico. São Paulo: HOGREFE/Cetepp.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Justino, L. Z. (2021). Crianças com TDAH e problemas comportamentais na interação com mães e professores. *Revista Perspectivas*, 12 (1), 199-216.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2021). Práticas Educativas e Comportamentos Infantis: Avaliações de Mães e Professores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e372114. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e372114>
- Botero, F., Diana, P., Palacio, O., Juan, D., Arroyave, S., Pilar, S., & Piñeros, O. (2016). Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatria infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 45(3), 201-213.

- Bradley, R. H., & Corwyn, R. (2013). *From parent to child to parent: Paths in and out of problem behavior*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 515–529.
- Brasil. (2007). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2007. Recuperado em 10 nov. 2017, de <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>.
- Brasil. (2002). *Projeto Escola Viva: Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola: Alunos com necessidades educacionais especiais – Reconhecendo os alunos que apresentam dificuldades acentuadas de aprendizagem relacionadas a condutas típicas* (série 2). Brasília: MEC/SEESP.
- Brasil. (2014) *Lei de diretrizes e bases da educação nacional*. 10a ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara.
- Brasil. (2009) *Resolução nº 4 MEC CNE/CEB de 2 de outubro de 2009*. Institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial. Brasília.
- Brasil. (2021) LEI Nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados* (M.A.V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). *The ecology of development processes*. Em W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). *Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model*, *Psychological Review*, Washington, D.C., American Psychological Association, n.101, p. 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. (2000). *Developmental science in the 21 st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings*. *Social Development* (9), 115-125.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad., 2ª Reimpressão). Porto Alegre: Artmed.
- Bubenzer, B. S., Herpertz-Dahlmann B., Kusmanovic B., et al. (2016). Neural correlates of reactive aggression in children with attention – deficit/hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 133, 310-23.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. Santos: Grupo Gen.

- Caliman, L. V. (2008). *O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566.
- Caliman, L. V., & Domitrovic, N. (2013). *An analysis of public dispensing of methylphenidate in Brazil: the case of Espirito Santo state*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 23(3), 879-902.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21, (pp. 513-518). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- Campos, J. R., Bolsoni-Silva, A. T., Zanini, M. R. G. C., & Loureiro, S. R. (2019). Predictors of behavioral problems in adolescents: family, personal and demographic variables. *Psico-USF*, 24(2), 273-285.
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2013). *Major Depressive Disorder and Impulsive Reactivity to Emotion: Toward a Dual Process View of Depression*. The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society, 52(3), 285–299.
- Castro, A. B. & Bolsoni-Silva, A. T. (2008). Habilidades sociais na educação: relação entre concepções e práticas docentes na educação infantil. In: Capellini, V. L. M. F. & Manzoni, R. M. (orgs.). *Políticas públicas, práticas pedagógicas e ensino-aprendizagem: diferentes olhares sobre o processo educacional*. Bauru: Cultura Acadêmica.
- Cheung, P. P, P., Siu, A. M H., & Brown, T. (2017). Measuring social skills of children and adolescents in a Chinese population: Preliminary evidence on the reliability and validity of the translated Chinese version of the Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS-C). *Res Dev Disabil*; 60, 187-197.
- Cia, F., & Barham, E. J. (2009). *Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização*. Estudos de Psicologia (Campinas), 26, 45-55.
- Cho, S. J., & Blair, K.S. C. (2017). *Using a Multicomponent Function-Based Intervention to Support Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Journal of Special Education Vol. 50, Iss. 4,227-238.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Décima Revisão. Versão 2008. Volume I. Recuperado em 10-10-2018 em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Subsídios para a Campanha: Não Medicalização à Vida*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf
- Costa, S. E. G. de C., & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3), 43-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2002000300005>.
- Cortese, S., Lecendreux, M., Mouren, M. C., & Konofal, E. (2006). *ADHD and insomnia*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(4), 384–385.

- Cozby, P. C., & Bates, S. (2014). *Methods in Behavioral Research*. 12 ed. McGraw-Hill Education.
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007a) Developing publishable mixed methods manuscripts. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 107-111.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: a longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Dev*, 73(4):1220-37. doi: 10.1111/1467-8624.00468.
- Cruz, B. de A., Lemos, F. C. S. Piani, P. P. F., & Brigagão, J. I. M. (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(3), 282-292. doi:10.5935/1678-4669.20160027
- D'Avila-Bacarji, K. M. G., Marturano, E. M. & Elias, L. C. S. (2005). *Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares*. Psicologia em Estudo, 10(1), 107-115.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette Z., & Del Prette A. (2008). Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(41), 517-530.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática* (5. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Del Prette, P. A. Z., Freitas, C. L., Banderia, M., & Del Prette, A. (2016). *SSRS: Manual Técnico – Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, P. A. Z., & Del Prette, A. (2017). *Habilidades sociais e competência social: para uma vida melhor*. São Carlos: EdUFSCAR.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. & cols (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, N. M., Menezes, A., & Seabra, A. G. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80-95.
- Dias, T. P., Gil, M. S. C. de A., & Del Prette, Z. A. P. (2013). Multimodal Analysis of Estimated and Observed Social Competence in Preschoolers With/Without Behavior Problems. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 197-205.
- Dias, M. Á. de L., Rosa, S. C., & Andrade, P. F. (2015). Os professores e a educação inclusiva: identificação dos fatores necessários à sua implementação. *Psicologia USP*, 26(3), 453-463.

- Díaz, O. U., Fernández, F. M. A., Morillo, R. M. D., & Climent, G. (2016). Efficacy of lisdexamphetamine to improve the behavioural and cognitive symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: treatment monitored by means of the AULA Nesplora virtual reality test]. *Rev Neurol*, 63(1), 19-27.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Metternich, T. W. (2016). *Como Lidar com TDAH: Guia Prático Para Familiares, Professores e Jovens com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*, São Paulo: Hogrefe.
- Du Paul, G. J., & Stoner, M. (2007). *TDAH nas escolas: Estratégias de avaliação e intervenção*. EUA: Ed. M. Books.
- Edens, J., Cavell, T. & Hughes, J. (1999). The self-systems of aggressive children: A cluster-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 441-453.
- Elias, L. C. S., & Amaral, M. V. (2016). Habilidades Sociais, Comportamentos e Desempenho Acadêmico em Escolares antes e após Intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61.
- Elias, L. C. S & Marturano, E. M. (2016). Promovendo Habilidades de Solução de Problemas Interpessoais em Crianças. *Interação em Psicologia*, 20(1), 91-100.
- Elias, L. C. S., Marturano, E. M., & Motta-Oliveira, A. M. A. (2012). Eu posso resolver problemas: um programa para o desenvolvimento de habilidades de solução de problemas interpessoais. *Temas em Psicologia*, 20(2), 521-535.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research*. New York, NY: Springer Science.
- Emeh, C. C., & Mikami, A. Y. (2014). The influence of parent behaviors on positive illusory bias in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 456-465.
- Ercan, E. S., Bilaç, Ö., Özaslan, T.U., & Rohde, L. A. (2015). Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50, 1145-1152.
- Espinosa, A., & Lara, P. L. (2009). Análisis del desempeño ocupacional de un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad / Analysis of performance of a child with attention deficit and hyperactive disorder. *Indaburu Rev. chil. ter. ocup*, (9), 67-76.
- Estados Unidos da América (2004). *Resolução 370 de 7 de junho de 2004*. 108th Congress 2nd Session. Retrieved in August 27, 2007. Recuperado em 10-10-2018. <http://www.govrecords.org/sres-370-rs-designatingseptember-7-2004-as.html>.
- Fabiano, G. A., et al. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 40(2), 190-204. doi: 10.1016/j.beth.2008.05.002

- Fabiano, G.A., Pyle, K. (2019). Best Practices in School Mental Health for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Framework for Intervention. *School Mental Health 11*, 72–91. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9267-2>
- Falcão, A. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). *Promove-Crianças: treinamento de habilidades sociais: promovendo melhores interações sociais e prevenindo problemas de comportamento*. 1ªed. São Paulo: Hogrefe.
- Falcão, A. P., Bolsoni-Silva, A. T., Magri, N., & Moretto, L. A. (2016). Promove-Crianças: efeitos de um treino em habilidades sociais para crianças com problemas de comportamento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), 590-612. Doi: 10.12957/epp.2016.29324.
- Fan, X., & Chen, M. (2001). Parental Involvement and Students' Academic Achievement: A Meta-Analysis. *Educational Psychology Review*, 13, 1-22.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., & Doyle, A. E., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Farmer, T. W., & Xie, H. (2007). Aggression and school social dynamics: The good, the bad, and the ordinary. *Journal of School Psychology*. 45(5), 461-478.
- Feitosa, F. B., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Loureiro, S. R.. (2011). Explorando relações entre o comportamento social e o desempenho acadêmico em crianças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 442-455.
- Feldman, J. S., Tung, I., & Lee, S. S. (2017). Social skills mediate the association of ADHD and depression in preadolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 79-91.
- Fernandez, J. A., Martin, F. M. D., Fernandez, P. A. L., Calleja, P. B., Albert, J., Lopez, M. S., & Lopez, A. S. (2016). Dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder: assessment and response to treatment. *Rev Neurol*, 62(1), 79-84.
- Ferreira, M. C. T. & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.
- Ferreira, S. H. de A., Barrera, S. D. (2010). Ambiente familiar e aprendizagem escolar em alunos da educação infantil. *Psico (Porto Alegre)*, 41(4), 462-472.
- 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, *Revista Conexão UEPG*, 12(1), 38-53. doi: 10.5212/Rev.Conexao.v.12.i1.0003
- 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. doi: 10.1177/1087054715626509

- Fisher, K., & Haufe, T. (2009). *Developing Social Skills in Children Who Have Disabilities through the Use of Social Stories and Visual Supports*. Dissertation.
- Folquitto, F. T. C. (2013). *Desenvolvimento psicológico e estratégias de intervenção em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2013 a). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(2), 344-362.
- Gaião, A. de A., & Barbosa, G. A. (1998). Estudo epidemiológico dos transtornos hipercinéticos – Normas diagnósticas e validação do Questionário de Conners para Pais e Professores. *Infanto – Ver. Neuropsiq. Da Inf. E Adol.* 6(1), 21 – 31.
- Gandía, B. R., Mulas, F., Roca P., Ortiz, S. P., & Abad, M. L. (2015). Change in the therapeutic strategy when faced with an inadequate response to the pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, 25(60), 13-8.
- García, R. A., Serrano, G. G., Blanco, L. R., et al. (2016). Pilot study of the efficacy of empowering patients trough coaching as a complemetary therapy in attention déficit hyperactivity disorder. *Neurologia*. 31, 83-88.
- Gewirtz, S. C. T. L., & Reeve, R. E. Can Inhibition at Preschool Age Predict Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Social Difficulties in Third Grade? *Early Child Development and Care*, 179(3), 353-368.
- 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: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 21-61). Campinas: Alínea.
- Gomide, C. I. P. (2006). *Inventário de Estilos Parentais – IEP*. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes.
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 12(1), 141-158. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Gregory, A. F., Pelham, E. W. Jr., Coles E. K., Gnagy E. M., Chronis-Tuscano A., & O'Connor B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 29, 129–140.
- Gresham, F. M. (2002). *Social skills assessment and instruction for students with emotional and behavioral disorders*. Em K. L. Lane, F. M. Gresham e T. E. O'Shaughnessy (Orgs.). *Children with or at risk for emotional and behavioral disorders* (pp. 177-194). Boston: Allyn & Bacon.
- Gresham, F. M., Elliott, S., Vance, M. J., & Cook, C. R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and Psychometric

- Comparisons Across Elementary and Secondary Age Levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27-44. doi: 10.1037/a0022662.
- Guidolim, K., Ferreira, T. de L., & Ciasca, S. M. (2013). Habilidades sociais em crianças com queixas de hiperatividade e desatenção / Social skills in children claimed with hyperactivity and listlessness. *Psicopedagogia*, 30(93), 159-168.
- Guli, L. A., Semrud-Clikeman, M., Lerner, M. D., & Britton, N. (2013). Social Competence Intervention Program (SCIP): A pilot study of a creative drama program for youth with social difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 37-44.
- Gwerman, J. R., Moore, D. A., Cooper, P., et al. (2016). A systematic review and synthesis of qualitative research: The influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emot Beha Difficulties*; 21, 83-100.
- Haack, L. M., Jiang, Y., Delucchi, K., Kaiser, N., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L.J. (2016 b). *Parental Cognitive Errors Mediate Parental Psychopathology and Ratings of Child Inattention*. *Fam Proc*.
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 841-855.
- Habigzang, L. F.; Lampert, S. S. & Koller, S. H. (2011). A violência no contexto escolar e a inserção ecológica do psicólogo: um relato de experiência. Em: Koller, S. H. (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Hagen, K. A., & Ogden, T. (2017). Predictors of changes in child behaviour following parent management training: Child, context, and therapy factors. *International Journal of Psychology*, 52(2), 106-115.
- Hair, Jr., J.F., William, B., Babin, B., & Anderson, R. E. *Análise multivariada de dados*. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- Hannesdottir, D. K., Ingvarsdottir, E., & Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers program for children with ADHD: A pilot study on the effects of social skills, self-regulation, and executive function training. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353-364.
- Hakkaart, van Roijen, L., Zwirs, B.W.C., Bouwmans, C. et al. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16, 316–326.
- Hernández, G.G., & Selva, J.P. (2016). Medication and creativity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psicothema*, 28, 20-25.
- Hinshaw, S. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-155.

- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 411-423.
- Humphrey, N. (2009). Including students with attention-deficit/hyperactivity disorder in mainstream schools. *British Journal of Special Education*, 36(1), 19-25.
- Ibrahim, K., Vogt, C., & Donyai, P. (2016). Caught in the eye of the storm: A qualitative study of views and experiences of planned drug holidays from methylphenidate in child and adolescent ADHD treatment. *Child Adolesc Ment Health*, 21(4), 192-200.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of non-problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 24(1), 85-104. doi: 10.1007/BF01448375.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish schoolage children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(4), 487-492.
- Kanamota, P. F. C., Bolsoni-Silva, A. T. Kanamota, J. S. V. (2017). Efeitos do programa Promove-Pais, uma terapia comportamental aplicada a cuidadoras de adolescentes com problemas de comportamento. *ACTA COMPORTAMENTALIA*, 25, 197-214.
- LaChance, L., McKenzie, K., Taylor, V. H., & Vigod S. N. (2016). Omega-6 to Omega-3 Fatty Acid Ratio in Patients with ADHD: A Meta-Analysis. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Spring, 25(2), 87-96.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Chronis, A., Massetti, G., Kipp, H., Ehrhardt, A., et al. (2006). Predictive validity of ICD-10 hyperkinetic disorder relative to DSMIV attention-deficit/hyperactivity disorder among younger children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 472-479.
- Leme, V. B. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Habilidades Sociais Educativas Parentais e comportamentos de pré-escolares. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(2), 161-173. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000200005>.
- Leme, V. B. R., Del Prette Z. A. P., Koller S. H., & Del Prette A. (2016). Social skills and bioecological model of human development: analyze and perspectives. *Psicologia & Sociedade*, (AHEAD), 0-0.
- Lisboa, C. S. M. (2005). *Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção*. Tese de Doutorado não publicada. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lisboa, C., & Koller, S. H. (2004). O microssistema escolar e os processos proximais: Exemplos de investigações científicas e intervenções práticas. In S. H. Koller (Eds.), *Ecologia do desenvolvimento humano—Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 337-354). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lima, R. F., Mello, R. J. L., Massoni, I., & Ciasca, S. M (2006). Dificuldades de aprendizagem: queixas escolares e diagnósticos em um Serviço de Neurologia Infantil. *Rev Neurocienc*, 14(4), 185-190.
- Lopes, R. C. F., & Crenitte, P. A. P. (2013). Estudo analítico do conhecimento do professor a respeito dos distúrbios de aprendizagem. *Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação*, 15(3), 1214-1226.
- Lorence, B., Hidalgo, V., Pérez-Padilla, J., & Menéndez, S. (2019). The Role of Parenting Styles on Behavior Problem Profiles of Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2767. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152767>
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology*, v. 4. Socialization, personality, and social development (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Marchi, R. de C., & Sarmento, M. J. (2017). Infância, normatividade e direitos das crianças: transições contemporâneas. *Educação & Sociedade*, 38(141), 951-964.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro/Portugal: ReportNumber.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 135-142.
- Marturano, E. M., Ferreira, M. C. T. & D'Avila Bacarji, K. M. (2005). An evaluation scale of family environment for identification of children at risk of school failure. *Psychological Reports*, 96, 307-321.
- Marturano, E. M. (2006). O Inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 498-506.
- Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 133-163. doi: 10.1111/j.1745-6916.2006.00010.x
- Masten, L., & Coastworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons From Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey, & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, 8, 1-52).
- Mattos, P. (2014). Lisdexametamina dimesilato no tratamento do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: farmacocinética, eficácia e segurança em crianças e adolescentes. *Rev. psiquiatr. Clín.*, 41(2), 34-39.

- McQuade, J. D., & Hoza, B. (2008). Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: current status and future directions. *Dev Disabil Res Rev*, 14(4), 320-4.
- McQuade, J. D., Vaughn, A. J., Hoza, B., Murray-Close, D., Molina, B. S. G., Arnold, L. E., & Hechtman, L. (2014). Perceived social acceptance and peer status differentially predict adjustment in youth with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 31-43.
- Meguid, N., Reda, M., El Sheikh, M., et al. (2016). Salivary cortisol levels in abused children with attention deficit hyperactivity disorder. *Afr J Psychiatry* (South Africa).
- Mendes, L. S. A., & Pontes, F. A. R. (2016). A escola enquanto contexto de desenvolvimento: um estudo ecológico em uma comunidade ribeirinha na Ilha de Marajó. In Koller, S. H., Moraes, N. A. d., & Paludo, S. S. (Ed). *Inserção Ecológica: Um Método de Estudo do Desenvolvimento Humano* (1 ed., pp. 153-183). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendonça, E. Barros S. et al. (2013). Aplicabilidade do teste padrão de frequência e P300 para avaliação do processamento auditivo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(4), 512-521.
- Menezes, A. D., Trevisan, M. N., Carreiro, B. T., Seabra, L. R. R., & Gotuzo, A. (2015). Intervention for executive functions in attention deficit and hyperactivity disorder. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 73(3), 227-236.
- Mikami, A. Y., Jack, A., Emeh, C. C., & Stephens, H. F. (2010). Parental influence o children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Relationships between parent behaviors and child status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 721–736.
- Mikami, A. Y., Chong, G. K., Saporito, J. M., & Jiwon Na, J. (2015). Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(4), 595-603.
- Miller, N. V., Johnston, C. J., & Pasalich, D. S. (2014). Parenting and conduct problems: Moderation by child empathy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(1), 74-83.
- Moraes, C. S., Nascimento, F. M. B., & Andrade, Ê. R. (2007). Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 19-24.
- Moreno, J., & Valderrama, V. (2015). Aprendizaje Basado en Juegos Digitales en Niños con TDAH: un Estudio de Caso en la Enseñanza de Estadística para Estudiantes de Cuarto Grado en Colombia. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21(1), 143-158.
- Moysés, A. A. M. (2013). Desenvolvido pela UNICAMP. Apresentando a entrevista na íntegra. Recuperado em 25 jul. 2015, de <http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>.

- Moysés, M. A. A. (2012). *Não às drogas da obediência*. Metrópole, Campinas, p. 10-11, 5 ago. 2012. Entrevista concedida à Karina Fusco.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 283-291.
- Mrug, S. et al. (2009). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorders*, 12(4), 372 – 380.
- Mrug, S. et al. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1013-1026.
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sargento, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Coma. Disord*, 49, 1045-1057.
- Nie, Y. G., Li, J. B., Dou, K., & Situ, Q. M. (2014). The associations between self-consciousness and internalizing/externalizing problems among Chinese adolescents. *Journal of Adolescence* 37(7), 505-514.
- Okano, C. B., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2004). Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: Avaliação do autoconceito. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 121-128.
- Oliveira, L. F. R. de. (2015). *Tutorial (básico) de utilização do Iramuteq*. [Goiânia]: Universidade Federal de Goiás.
- Opic, S., & Kudek, M. J. (2011). Handling Students with ADHD Syndrome in Regular Elementary Schools. *Napredak*, 152 (1), 75-92.
- Ortega, F. et al. (2010). Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunc. Saude, Educ.*, 14(34), 449-550.
- Orti, N. P, Bolsoni-Silva, A. T., & Villa, M. B. (2015). Assessment of the Effects of a Parental Intervention with Mothers of Children with Internalizing Problems. *Advances in Research*, 4(5), 279-292.
- Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2016). Pathways from neurocognitive vulnerability to co-occurring internalizing and externalizing problems among women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder followed prospectively for 16 years. *Development and Psychopathology*, 28(4), 1013-1031. doi: 10.1017/S0954579416000675
- Palmer, D. E., & Finge, R. S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). Uma descrição precoce do TDAH (Desatento subtipo): Dr Alexander Crichton e "Inquietação Mental '(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.

- Pastura, G., Mattos, P. A., & Alexandra, P. de Q. C. (2007). Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 65(4), 1078-1083.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (2002). *Antisocial boys: Comportamento anti-social*. Santo André, SP: Esetec.
- Pelham, W. E et al. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 507 – 525.
- Pelham, W. E. et al. (2016). Treatment sequencing for childhood ADHD: A multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(4), 396-415.
- Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 37(1), 184-214.
- Pfiffner, L. J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M., & McBurnett, K. (2013). Educational Outcomes of a Collaborative School-Home Behavioral Intervention for ADHD. *School Psychology Quarterly*, 28(1), 25-36.
- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M., & McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1115-1127.
- Pfiffner, L. J., Rooney, M., Haack, L., Villodas, M., Delucchi, K., & McBurnett, K. (2016). A randomized controlled trial of a school-implemented school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(9), 762-770.
- Pickett, J. (2016). Management of ADHD in children and adolescents, *Prescriber*, 27, 17-23.
- Pires, O. T., Silva, C. M. F. P. D., & Assis, S. G. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 46(4), 624-633.
- Piscalkiene, V. (2009). Experimental Training of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *US-China Education Review*, 6(8), 17-30.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395, 450- 462.
- Puentes, R., Pedro, J. F., Giomar, P. A., Wilmar, P. M., David, A. L., Johan, C. H., Martha L, N. B. M., & Sánchez R., M. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno

- por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95-106.
- Rangel, Jr. E. d. B., & Loos, H. (2011). Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia: Ribeirão Preto*, 21, 373-82.
- Ravi, M., & Ickowicz, A. (2016). Epilepsy, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Methylphenidate: Critical Examination of Guiding Evidence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 25(1):50-8.
- Ray, A. R., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2017). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 883-897.
- Rezende, F. P., Calais, S. L., & Cardoso, H. F. (2019). Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: teoria e prática*, 21(2), 153-171. [doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171](https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171)
- Rey, J. M. (Org.) (2015). *IACAPAP-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*, IACAPAP, Geneva.
- Reeves, G., & Anthony, B. (2009). Multimodal Treatments versus Pharmacotherapy Alone in Children with Psychiatric Disorders, *Pediatric Drugs*, 11(3), 165-169.
- Rescorla, L. A., Bochicchio, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., & Verhulst, F. C. (2014). Parent-Teacher Agreement on Children's Problems in 21 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 627-642.
- Rocha, M. M. (2009). *Programa de habilidades sociais educativas com pais: efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH*. Tese de Doutorado, repositório UFSCAR.
- 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.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 22(2), 07-11.
- Rohde, L. A P., & Benczik, E. B. P (1999). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santos, L. C. L. (2012). *TDAH: Princípios e Condutas: Uma Abordagem Lúdica*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629. doi: 10.1590/S0103-166X2012000400016.

- Rosello, M. B., Berenguer, F. C., Baixauli, F. I., & Miranda, C. A. (2016). Integrating model of the social adaptation of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, 62(1), 85-91.
- Rosen, P. J., Waugh, A. J., Epstein, J. N., Hoza, B., Arnold, L. E., Hechtman, L., et al. (2014). Social self-control, externalizing behavior, and peer liking among children with ADHD-CT: A mediation model. *Social Development*, 23, 288–305.
- Rovartis, J. A. (2015). *Análise das comparações e correlações entre problemas de comportamento, práticas parentais e habilidades sociais*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual paulista, São Paulo, Brasil.
- Rovartis, J. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2020). Práticas educativas maternas e repertórios comportamentais infantis: um estudo de comparação e predição. *Revista de Psicologia*, 38(1), 243-273.
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J., & Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091.
- Sabbag, G. M., Bolsoni-Silva, A. T. (2011). A relação das Habilidades Sociais educativas e das práticas educativas maternas com os problemas de comportamento em adolescentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (UERJ. Impresso), 11, 423-441.
- Salviati, M. E. (2017). *Manual do Aplicativo Iramuteq* (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3), Planaltina.
- Santos, L. C., & Marturano, E. M. (1999). Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 377-394.
- Sherman, J., Rasmussen, C., & Baydala, L. (2008). The Impact of Teacher Factors on Achievement and Behavioural Outcomes of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review of the Literature. *Educational Research*, 50(4), 347-360.
- Signor, R. (2013). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma análise histórica e social. *RBLA, Belo Horizonte*, 13(4), 1145-1166.
- Silva, S. P. da. Santos, C. P.; & Oliveira Filho, P. de. (2015). Os significados do TDAH em discursos de docentes dos anos iniciais, *Pro-Posições*, 26(2), 205-221.
- Silva, E. F., & Elias, L. C. S. (2020). Habilidades Sociais de Pais, Professores e Alunos com Deficiência Intelectual em Inclusão Escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 26, (4), 605-622. doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0142>.
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2007). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In Mash, E. J., & Barkley, R. A (Ed). *Assessment of Childhood Disorders* (4 ed., pp. 53 – 131). New York: The Guilford Press.
- Smith, T. J., & Wallace, S. (2011). Social Skills of Children in the U.S. with Comorbid Learning Disabilities and AD/HD. *International Journal of Special Education*, 26(3), 238-247.

- Söderlund, G. B. W., & Jobs, E. N. (2016). Differences in speech recognition between children with attention deficits and typically developed children disappear exposed to 65 dB of auditory noise. *Frontiers in Psychology*.
- Solanto, M. V., Pope-Boyd, S. A., Tryon, W. W., & Stepak, B. (2009). Social Functioning in Predominantly Inattentive and Combined Subtypes of Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(1), 27-35.
- Taft, Y. S. N., Ayatizadeh, F., Dehghan, F., Machado, S., & Wegner, M. (2015). Comparing the effects of drug therapy, perceptual motor training, and both combined on the motor skills of school-aged attention deficit hyperactivity disorder children. *CNS and Neurological Disorders-Drug Targets*, 14(10), 1283-91. doi: 10.2174/1871527315666151111123501
- Tozze, K., & Bolsoni-Silva, A. (2018). Intervenção em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizantes. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 19(4), 6-24. doi: 10.31505/rbtcc.v19i4.1091.
- Soma, Y., Nakamura, K., Oyama, M., Tsuchiya, Y., & Yamamoto, M. (2009). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool children: discrepancy between parent and teacher evaluations. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 14(2), 150–154.
- Storebø, O. J., Elmoose, A. M., Skoog, M., et al. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), CD008223. doi:10.1002/14651858.CD008223.pub3
- Tucha, O., Tucha, L., Kaumann, G., Konig, S., Lange, K. M., Stasik, D., Streather, Z., Spencer, T. J., Faraone, S. V., Biederman, J., Lerner, M., Cooper, K. M., & Zimmerman, B. (2006). Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 527–537.
- Uytterhoeven, L., & Danckaerts, M. (2016). Safe use of stimulants for ADHD: Monitoring and treatment of side effects in children and youngstres. *Tijdschr Geneeskde*, 72, 221-33.
- Vieira-Santos, J., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2018). Habilidades sociais educativas: revisão sistemática da produção brasileira. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 45-63.
- Villodas, M. T., McBurnett, K., Kaiser, N., Rooney, M., & Pfiffner, L. J. (2014). Additive effects of parent adherence on social and behavioral outcomes of a collaborative school–home behavioral intervention for ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(3), 348-360.
- Zanetti, M., Cartabia, M., Didoni, A., et al. (2016). The impact of a model-based clinical regional registry for attention-deficit hyperactivity disorder. *Health Informatics Journal* 23(3),159-169.

- Zarafshan, H., Khaleghi, A., Mohammadi, M. R., et al. (2016). Eletroencephalogram complexity analysis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder during a visual cognitive task, *J Clin Exp Neuropsychol*, 38, 361-69.
- Williams, S., Dahan, J., Silverman, W. K., & Pettit, J. W. (2013). Heterogeneous classes of co-occurring externalizing symptoms in a sample of youth referred for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 340-346.
- Wu, S., & Gau, S. S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 505-515.
- Yazd, S. N. T., Ayatizadeh, F., Dehghan, F., et al. (2015). Comparing the effects of drug therapy, perceptual motor training, and both combined on the motor skills of school-aged attention deficit hyperactivity disorder children. *CNS and Neurological Disorders – Drug Target*, 14, 1283-91.

ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação pelo Comitê de Ética – FFCLRP - caracterização

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/123-dgfs.

Ribeirão Preto, 28 de novembro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **“Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 172ª Reunião Ordinária, realizada em 23.11.2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 70666017.8.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)

Anaísa Leal Barbosa Abrahão

Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Anexo B – Carta de aprovação pelo Comitê de Ética – FFCLRP - Intervenção

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa
 Campus de Ribeirão Preto
 OI/CEP/FFCLRP-USP/102-dgfs.

Ribeirão Preto, 12 de agosto de 2019.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado
"Estudantes com TDAH e seus professores: programas para desenvolvimento de habilidades sociais" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 194ª Reunião Ordinária, realizada em 08.08.2019, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 15046719.3.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Patrícia Nicolucci
 Coordenadora

Ao(A) Senhor(a)
Anaisa Leal Barbosa Abrahão
 Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP
 Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07
 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
 Homepage: <http://www.cep.usp.br> - e-mail: cep@ffclrp.usp.br

Anexo C – Carta dirigida à Secretaria Municipal de Franca-caracterização

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 10 de outubro de 2017.

À Secretaria Municipal de Educação de Franca, venho solicitar a execução do projeto de pesquisa intitulado “Estudantes com TDAH: Habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico”, sob minha supervisão. O projeto será executado pela psicóloga e aluna de mestrado desta instituição Anaísa Leal Barbosa Abrahão. O Projeto tem como objetivo geral verificar habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico apresentados por alunos com diagnóstico clínico de TDAH, pertencentes ao Ensino Fundamental I. Para tanto serão realizadas entrevistas e aplicadas escalas junto a pais/responsáveis, alunos e professores, em dias e horários previamente agendados de forma a não atrapalhar o cotidiano dos mesmos. Ressalta-se que o projeto está sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa dessa faculdade e que só após a aprovação do mesmo, poderá ser dado o início do estudo. Será apresentado aos pais e professores um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os alunos um Termo de Assentimento, nos quais estarão apresentadas informações do estudo, procedimento, assegurado o sigilo profissional e o compromisso da devolutiva dos dados após a conclusão do estudo. Após as análises de dados caso seja observada a necessidade de suporte aos diferentes atores envolvidos, será elaborado um procedimento de intervenção preventiva a ser desenvolvido no contexto escolar. Informamos que já havíamos submetido o pedido à Secretaria Municipal de Educação de Franca- SP no início do ano de 2017, tendo sido o projeto aceito, contudo, frente a mudança de direção da secretaria acreditamos ser importante reiterar o compromisso. Coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Luciana Carla dos Santos Elias

Docente do Departamento de Psicologia da FFCLRP - USP

Departamento de Psicologia
Av. Bandeirantes, 3900 14040-901 Tel.: (16) 3315.3722
www.ffclrp.usp.br psicologia@ffclrp.usp.br
Ribeirão Preto São Paulo

De acordo.
Edgmar Aguiar

Anexo D – Carta dirigida à Secretaria Municipal de Franca-Intervenção

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 09 de abril de 2019.

À Secretaria Municipal de Educação de Franca, venho solicitar a execução do projeto de pesquisa intitulado: "Estudantes com TDAH: Habilidades Sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico", sob minha supervisão. O projeto será executado pela psicóloga e aluna de doutorado desta instituição Anaísa Leal Barbosa Abrahão. O Projeto tem como objetivo geral desenvolver uma intervenção junto aos estudantes com TDAH participantes desta pesquisa em 2018, de modo a melhorar suas habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico apresentados pertencentes ao Ensino Fundamental I. Para tanto serão realizados encontros durante 8 semanas em local e horário autorizado pela Secretaria. Ressalta-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa faculdade. Será apresentado aos pais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os alunos um Termo de Assentimento, nos quais estarão apresentadas informações do estudo, procedimento, assegurado o sigilo profissional e o compromisso da devolutiva dos dados após a conclusão do estudo. Com as professoras participantes deste estudo em 2018 e para aquelas que acompanham os alunos no ano de 2019, serão realizados 6 encontros com o objetivo de orientá-las a como manejar as dificuldades apresentadas por esses estudantes com TDAH, assim, este treinamento se enquadrará nos moldes de formação continuada dirigida à inclusão de estudantes com TDAH. Informamos que o Projeto já foi aceito pela Secretaria Municipal de Educação de Franca – SP em 2018. Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Anaísa Leal

Anaísa Leal Barbosa Abrahão

Doutoranda em Psicologia - FFCLRP-USP

Luciana Carla dos Santos Elias

Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias

Docente do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP

Departamento de Psicologia
Av. Bandeirantes, 3900 14040-901 Tel.: (16) 3315.3722
www.ffclrp.usp.br psicologia@ffclrp.usp.br
Ribeirão Preto São Paulo

99789-2798 - Anaísa

Daiana
Edgar dos Reis Filho
Secretário Municipal de Educação

Anexo E – Mapa das escolas municipais de Franca

SME

Secretaria Municipal de Educação

EMEBs

Escola Municipal de Educação Básica

EMEIIs

Escola Municipal de Educação Infantil

EJA

Escola Jovens e Adultos

ESPORTE

Ginásios e Praças

Creche

Escolas e Creches Municipais

Anexo F – Escala de Conners versão para Pais

ESCALA CONNERS - VERSÃO PARA PAIS

Destinada a pais e professores, visando o diagnóstico da hiperatividade, adaptada e validada no Brasil por Barbosa (1998). Ponto de corte igual a 57

nunca = 0 ; às vezes = 1 ; freqüentemente = 2; sempre = 3

Comportamento habitual em casa	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Desperta à noite				
2. Tem medo diante de novas situações				
3. Tem medo de gente				
4. Tem medo de estar sozinho				
5. Preocupa-se com doenças e mortes				
6. Mostra-se tenso e rígido				
7. Apresenta sacudidas ou espasmos musculares				
8. Apresenta tremores				
9. Sente dores de cabeça				
10. Sente dores de estômago				
11. Tem vômitos				
12. Queixa-se de enfermidades e dores				
13. Deixa-se levar por outras crianças				
14. Desafia e intimida os demais				
15. É valente (arrogante) e desrespeita seus superiores (insolente)				
16. É descarado com os adultos				
17. É tímido diante dos amigos				
18. Teme não agradar seus amigos				
19. Tem amigos				
20. É malicioso com seus irmãos				
21. Briga constantemente				
22. Critica muito outras crianças				
23. Aprende na escola				
24. Gosta de ir à escola				
25. Tem medo de ir à escola				
26. Desobedece às normas da escola				
27. Mente, culpando os demais dos seus erros				
28. Realiza roubos a seus pais				
29. Realiza roubos na escola				
30. Rouba em lojas, em barracas e em outros lugares				
31. Tem problemas com a polícia				
32. Pretende fazer tudo bem feito (perfeito)				
33. Necessita fazer sempre as coisas da mesma maneira				
34. Tem objetivos muito altos (sonhar alto)				
35. Distrai-se facilmente				
36. Mostra-se nervoso e inquieto				
37. Não pode ficar quieto				
38. Sobe em todas as partes				
39. Desperta-se muito cedo				
40. Não fica quieto durante as refeições				
41. Se começa a fazer alguma coisa, repetitivamente, é impossível parar				
42. Seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor				

Anexo G – Escala de Conners versão para Professores

Destinada a pais e professores, visando o diagnóstico da hiperatividade, adaptada e validada no Brasil por Barbosa (1998). Ponto de corte igual a 68 feminino e 66 masculino.

nunca = 0 ; às vezes = 1 ; frequentemente = 2; sempre = 3

I. Comportamento na sala de aula	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Mostra-se constantemente inquieto				
2. Tagarela ou faz ruídos raros com a boca				
3. Fica desanimado frente o estresse de uma prova				
4. Apresenta dificuldades de coordenação motora				
5. É muito ativo				
6. É excitável e impulsivo				
7. Distrai-se com facilidade e tem dificuldade para se concentrar				
8. As tarefas que começa, deixa sem termina-las				
9. É excessivamente sensível				
10. É excessivamente sério e triste				
11. Parece estar “sonhando acordado” durante o dia (muita fantasia)				
12. Apresenta-se mal-humorado e insuportável				
13. Grita facilmente				
14. Perturba outras crianças				
15. Geralmente procura brigas				
16. Muda de humor rapidamente				
17. Apresenta-se vivacidade (agudeza) em suas condutas				
18. É destruidor				
19. É capaz de realizar pequenos furtos				
20. É mentiroso				
21. Possui temperamento explosivo				
II. Participação em Grupo				
22. Isola-se das demais crianças				
23. Parece ser rejeitado pelo grupo				
24. Parece se deixar levar com facilidade				
25. Não é capaz de respeitar as regras do jogo				
26. Carece de mando e liderança				
27. Não pode estar com outras crianças do mesmo sexo				
28. Pode estar com crianças do mesmo sexo				
29. Interfere nas atividades de outras crianças				
III. Atitude em relação a autoridades				
30. Submissa				
31. Apresenta conduta desafiante				
32. É descarado (sem vergonha)				
33. É tímido				
34. É medroso				
35. Demanda demasiada atenção do professor				
36. Teimosa				
37. Sempre disposto a agradar				
38. Não é cooperativo.				
39. Apresenta problema de assistência na classe				

Anexo H – Inventário de Recursos Familiares (RAF)

1. O QUE A CRIANÇA FAZ QUANDO NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- ☐ Assiste à TV
- ☐ Ouve rádio
- ☐ Joga video-game
- ☐ Lê livros, revistas, gibis
- ☐ Brinca na rua
- ☐ Brinca dentro de casa
- ☐ Outro – especificar _____

2. QUAIS OS PASSEIOS QUE A CRIANÇA REALIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Passeio	Passeio
☐ Bosque Municipal	☐ Circo
☐ Evento anual da cidade
(feira, rodeio, ...)	☐ Shopping Center
☐ Cinema ou teatro	☐ Parque de diversões
☐ Lanchonete	☐ Clube
☐ Praia	☐ Visitas a parentes / amigos
da família
☐ Viagem de trem	☐ Divertilândia
☐ Sítio, chácara ou fazenda	☐ Viagem para outra cidade
☐ Centro da cidade	☐ Exposição (de pintura, de
ciências, etc)
☐ Museu	
☐ Aeroporto	
☐ Outros - especificar: _____	

3. HÁ ATIVIDADES PROGRAMADAS QUE A CRIANÇA REALIZA REGULARMENTE?

- ☐ Faz catecismo, estudos bíblicos ou evangelização.
- ☐ Freqüenta núcleo municipal do bairro
- ☐ Pratica esporte em clubes, academias, ginásios.
- ☐ Freqüenta aulas para aprender atividade artesanal
(por ex.emplo: tapeçaria, pintura...).
- ☐ Tem aulas de piano, violão ou outro instrumento musical.
- ☐ Freqüenta algum programa de atividades para crianças,
como o Kurumim
- ☐ Tem aulas de inglês ou outro idioma
- ☐ Faz computação
- ☐ Outro – especificar _____

4. QUAIS AS ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM COM A CRIANÇA EM CASA?

- ☐ Brincar
- ☐ Jogar *video-game* ou outros jogos
- ☐ Assistir a filmes
- ☐ Assistir a programas infantis na TV
- ☐ Contar histórias e casos
- ☐ Ler livros, revistas
- ☐ Conversar sobre como foi o dia na escola
- ☐ Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV
- ☐ Ouvir as histórias da criança; conversar sobre os assuntos que ela traz
- ☐ Realizar juntos atividades domésticas, como: lavar o carro, fazer almoço ou outras
- ☐ Outras - especifique_____

5. QUAIS OS BRINQUEDOS QUE ELE (ELA) TEM OU JÁ TEVE? SEU FILHO TEM OU JÁ TEVE:

- ☐ uma cama só para ele
- ☐ brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)
- ☐ brinquedos para movimentos corpo (corda de pular, balanço...)
- ☐ instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho...)
- ☐ brinquedo que lida com números (dados, dominó...)
- ☐ brinquedos de letras (abecedários, quebra -cabeças com letras...)
- ☐ brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes.)
- ☐ brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas ...)
- ☐ objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel
- ☐ aparelho de som com discos
- ☐ um animal de estimação
- ☐ livrinhos de histórias infantis
- ☐ jogos de regras (dama, loto, senha, memória...)
- ☐ brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrote ...)
- ☐ brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)
- ☐ brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinho de boneca ...)
- ☐ videogame
- ☐ bola, pipa, bola de gude, carrinho rolemã
- ☐ outros, especifique_____

6. HÁ JORNAIS E REVISTAS NA SUA CASA?

- ☐ não
- ☐ sim - tipo:
- ☐ jornal
- ☐ revista - ☐ de notícias - ☐ de TV - ☐ feminina
- ☐ de fotonovela - ☐ de esporte - ☐ religiosa
- ☐ outra, especifique_____

7. HÁ LIVROS NA SUA CASA?

- ☐ não
☐ sim - tipo:
☐ escolares
☐ romances, contos, literatura
☐ livrinhos infantis
☐ religiosos (bíblia, evangelhos, catecismo)
☐ técnicos, científicos
☐ enciclopédias
☐ dicionário
☐ outros, especifique _____

8. ALGUÉM EM CASA ACOMPANHA A CRIANÇA NOS AFAZERES DA ESCOLA?

Alguém em casa: ninguém a mãe o pai outra pessoa

Verifica se o material escolar está em ordem	☐	☐	☐	☐
Avisa quando é hora de ir para a escola	☐	☐	☐	☐
Supervisiona a lição de casa	☐	☐	☐	☐
Supervisiona o estudo para as provas	☐	☐	☐	☐
Comparece às reuniões da escola	☐	☐	☐	☐
Acompanha as notas e a frequência às aulas	☐	☐	☐	☐

Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2, só o pai = 2; outra pessoa = 1; mãe / pai e outra pessoa = 1; ninguém = 0.

APÊNDICES

Apêndice A - Entrevista semiestruturada com as Crianças

Nome: _____ Idade: _____

Ano escolar: _____ Escola: _____

Professora: _____

1. O que você acha da escola?
2. Como você se sente quando está na escola?
4. Como você está indo na escola (matérias)? Por exemplo, como estão suas notas.
5. Por que você acha que vai mal/bem?
6. O que você acha que difícil na escola?
7. O que você acha fácil na escola?
8. O que você acha que poderia melhorar na sua escola?
9. Como você acha que a professora ou a escola poderiam te ajudar?
10. Você tem amigos? Como você se dá com eles? (tem alguma dificuldade)
11. O que você gosta de fazer?
12. O que você gosta e o que você não gosta em você?
- 13- Existe ajuda de alguém da sua casa com as coisas da escola? (lição de casa, trabalhos...)

Apêndice B – Questionário destinado às Professoras

Nome: _____ Idade: _____

Formação: _____

Há quanto tempo leciona?

Há quanto tempo leciona nessa escola?

Há quanto tempo leciona nessa série? _____

Possui curso de especialização?

Qual/quais? _____

Nome do aluno: _____

Há quanto tempo leciona para esta criança? _____

1. O que é o TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade para você?
2. Como você definiria uma criança com TDAH?
3. O que você entende por educação inclusiva e como pensa em educação inclusiva para crianças com TDAH?
4. A criança possui dificuldades de aprendizagem? Quais são elas (como descreve). Em quais disciplinas?
5. Em que atividades a criança se sai melhor?
6. O que a criança mostra de positivo em sala de aula?
7. Como você vê a relação dessa criança com as demais crianças da sala, com os funcionários e com você.
8. Como você e os alunos da sala de aula lidam com a criança? Já presenciou algum tipo de preconceito, resistência e/ou bullying?
9. Como é a participação da família com as questões da escola (lição de casa, reuniões, festas...)? Ela está presente, contribuindo com o desenvolvimento da criança?
10. Você utiliza algum método ou prática pedagógica para trabalhar com essas crianças? Descreva.
11. O que você acha que a escola poderia contribuir para efetivar o trabalho com a criança?
12. Como você acha que o município ou estado poderia auxiliar o processo de inclusão?
13. Quais são as dificuldades para lidar com uma criança com TDAH em sala de aula no seu dia-a-dia? Cite exemplos.
14. Quais são suas expectativas em relação a essas crianças?
15. O que você acredita que poderia mudar para melhorar essa inclusão?

Apêndice C – TCLE destinados à pais

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

pesquisa: “Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho”;

responsável: Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - CRP: 06/46731-2.

colaboradora: Anaísa Leal Barbosa Abrahão – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto de São Paulo - CRP: 06/117835.

Convidamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico”. Esse projeto tem como objetivo verificar as habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico dos alunos com TDAH que frequentam o ensino regular. Para tanto, seu filho(a) responderá questionários de habilidades sociais (contemplando suas habilidades de relacionamento com diferentes pessoas: pais, irmãos, professores, colegas, entre outros- que são requeridas em contextos públicos ou privados), que terá duração no máximo de 15 minutos. O senhor (a) será solicitado que responda a um questionário que avaliará as habilidades sociais, com o desempenho acadêmico, apresentados por seu filho (a), uma escala para identificar as características do TDAH do seu filho(a) sobre recursos e adversidades familiares; isto será realizado dentro da escola, ou em local que a senhora previamente agendado, com duração de no máximo uma hora e meia. Quanto os professores responderem o questionário que avaliará as habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico, apresentados por seu filho(a), o senhor(a) identificará como lidam com a inclusão escolar dos alunos, o que demandará para eles em torno de uma hora. Os dados serão apresentados em documentos oficiais as médias ponderadas obtidas por seus filhos nos bimestres concluídos. Tais atividades serão realizadas dentro do ambiente escolar e em datas e horários previamente acertados com o (a) aluno (a), de modo a não interferir nas demais obrigações escolares. Quanto aos riscos do estudo, acredita-se que são mínimos, estando reduzido o grau de desconforto como ansiedade frente à situação de resposta oral aos instrumentos; caso isso ocorra, o participante será informado ou por nós percebido, a aplicação será suspensa e se desejarem poderemos conversar com o professor para outro dia. Quanto aos benefícios deste estudo, não serão imediatos a você, seu filho ou filha. As habilidades sociais dos alunos e a verificação da relação dessas com o desempenho escolar poderão ser avaliadas, podendo trazer posteriormente para a escola um treinamento de habilidades sociais aos alunos com TDAH. Após a conclusão dessa pesquisa, os resultados serão apresentados à escola por meio de um relatório e às suas famílias por meio de conversas; em eventos científicos da área e; à universidade a qual as professoras pesquisadoras, estamos compromissadas com o Código de Ética do Psicólogo, assegurando seu anonimato e sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa. Deixamos claro que o senhor (a), pode vir a desistir de participação na pesquisa em qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo para o seu (a) filho(a) ou com os professores ou com as pesquisadoras; além de ressaltar que essa pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro para os participantes. Essa pesquisa encontra-se em concordância com os termos da Resolução 196/93 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Caso haja qualquer dúvida sobre este estudo, entre em contato com a Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias marcando um horário junto à escola para telefonar (16) 3315-0195. Frente a qualquer dúvida ética, o senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – FFCLRP – USP. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Bloco 08 – Jd. Arbutus – SP. CEP: 13.083-900. Atendimento de 2ª a 6ª das 13h 30 às 17h 30. Telefone: 16-3315-4811. Email: coetp@ffclpr.usp.br

Este documento possui duas vias as quais uma ficará com você e outra com a presente por _____, RG _____, abaixo assinada, responsável por _____, estou ciente de que faço parte, juntamente com o meu filho (a) de _____ que está sendo realizada com alunos com TDAH que frequentam a escola _____ de Franca – SP. Declaro também estar ciente do objetivo da pesquisa, segurança de que não seremos informados o caráter confidencial das informações e ter a liberdade de recusar a continuar a participar da pesquisa.

de _____ de 2017.

o responsável

Assinatura do pesquisador responsável pela coleta

Apêndice D TCLE destinados à professores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

pesquisa: “Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho”;

responsável: Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - CRP: 06/46731-2.

colaboradora: Anaísa Leal Barbosa Abrahão – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto de São Paulo - CRP: 06/117835.

Convidamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico”. Esse projeto tem como objetivo verificar as habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico dos alunos com TDAH que frequentam o ensino regular. Para tanto, seu filho(a) responderá questionários de habilidades sociais (contemplando suas habilidades de relacionamento com diferentes pessoas: professores, colegas, entre outros- que são requeridas em contextos públicos ou privados), que terá duração no máximo de 15 minutos. O senhor (a) será solicitado que responda a um questionário que avaliará as habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico, apresentados por seu filho (a), uma escala para identificar as características do TDAH do seu filho(a) sobre recursos e adversidades familiares; isto será realizado dentro da escola, ou em local que a senhora previamente agendado, com duração de no máximo uma hora e meia. Quanto os professores responderem o questionário que avaliará as habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico, apresentados por seu filho(a), o senhor(a) identificará como lidam com a inclusão escolar dos alunos, o que demandará para eles em torno de uma hora. Os dados serão inseridos em documentos oficiais as médias ponderadas obtidas por seus filhos nos bimestres concluídos. Tais atividades serão realizadas dentro do ambiente escolar e em datas e horários previamente acertados com o (a) aluno (a), de modo a não interferir nas demais obrigações escolares. Quanto aos riscos do estudo, acredita-se que são mínimos, estando reduzido o grau de desconforto como ansiedade frente à situação de resposta oral aos instrumentos; caso isso ocorra, o participante será informado ou por nós percebido, a aplicação será suspensa e se desejarem poderemos conversar com o professor para outro dia. Quanto aos benefícios deste estudo, não serão imediatos a você, seu filho ou filha. As habilidades sociais dos alunos e a verificação da relação dessas com o desempenho escolar poderão ser avaliadas, podendo trazer posteriormente para a escola um treinamento de habilidades sociais aos alunos com TDAH. Após a conclusão dessa pesquisa, os resultados serão apresentados à escola por meio de um relatório e às suas famílias por meio de conversas; em eventos científicos da área e; à universidade a qual as professoras pesquisadoras, estamos compromissadas com o Código de Ética do Psicólogo, assegurando seu anonimato e sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa. Deixamos claro que o senhor (a), pode vir a desistir de participação na pesquisa em qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo para o seu (a) filho(a) ou com os professores ou com as pesquisadoras; além de ressaltar que essa pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro para os participantes. Essa pesquisa encontra-se em concordância com os termos da resolução 196/73 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Caso haja qualquer dúvida sobre este estudo, entre em contato com a Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias marcando um horário junto à escola para telefonar (16) 3315-0195. Frente a qualquer dúvida ética, o senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – FFCLRP – USP. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Bloco 01 – Ribeirão Preto/SP. Atendimento de 2ª a 6ª das 13h 30 às 17h 30. Telefone: 16-3315-4811. Email: coetp@ffclpr.usp.br

Este documento possui duas vias as quais uma ficará com você e outra com a presente pesquisadora. Eu, _____, RG _____, abaixo assinada, responsável pelo consentimento de meu filho(a) _____, estou ciente de que faço parte, juntamente com o meu filho (a) de que está sendo realizada com alunos com TDAH que frequentam a escola _____ de Franca – SP. Declaro também estar ciente do objetivo da pesquisa, segurança de que não seremos informados o caráter confidencial das informações e ter a liberdade de recusar a continuar a participar da pesquisa.

de _____ de 2017.

o responsável

Assinatura do pesquisador responsável pela coleta

Apêndice E – TCLE destinados às crianças

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: “Estudantes com TDAH: habilidades sociais, dificuldades de comportamento e desempenho acadêmico”.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - CRP: 06/46731-2.

Pesquisadora colaboradora: Anaísa Leal Barbosa Abrahão – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - CRP: 06/117835.

Este termo de assentimento sobre a sua participação nesta pesquisa será lido na presença de outra pessoa, que observará a correta leitura e preenchimento das suas informações pessoais caso concorde em participar. Ao final será pedida a sua assinatura de autorização para confirmar a sua participação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo que vai verificar as habilidades sociais (comportamentos aceitos socialmente), dificuldades de comportamento e desempenho acadêmico dos alunos. Para tanto você irá responder a perguntas sobre como você se relaciona com os outros dentro e fora da escola. Estas perguntas serão lidas por mim para você, o que durará no máximo 15 minutos, e que será feito na escola. Conversaremos com seus pais/responsáveis e professores para ver como eles percebem as relações e comportamentos que você estabelece com os outros dentro e fora da escola. Também verificaremos suas notas obtidas no bimestre concluído.

Essas perguntas não trazem riscos para você, mas pode gerar alguns sentimentos ruins. Caso isso ocorra, você pode pedir para parar; poderemos conversar um pouco e remarcar o encontro para outro dia. Tudo o que você disser será mantido em sigilo.

Após a conclusão desse estudo, contaremos a você, a seus pais/responsáveis e a sua escola os resultados. Nós pesquisadoras, estamos compromissadas com o Código de Ética do Psicólogo, assegurando seu anonimato e que não daremos nenhuma informação que você respondeu. Deixamos claro que você, assim como seus pais/responsáveis poderão deixar de participar do estudo em qualquer momento, não causando nenhum prejuízo ou penalidade a vocês. Frente a qualquer dúvida ética, você ou seus pais/responsáveis poderão entrar em contato com o Comitê de Ética da FFCLRP-USP. Caso haja qualquer dúvida sobre este estudo, você ou seus pais/responsáveis poderão entrar em contato com a Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias marcando um horário junto à escola para essa conversa por meio do telefone (16) 3602-0195. Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – FFCLRP – USP. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Bloco 01 – Prédio da Administração/ Atendimento de 2ª a 6ª das 13h 30 às 17h 30. Telefone: 16-3315-4811. Email: coetp@ffclpr.usp.br

Eu _____, RG _____, estudante da _____ série, abaixo assinado, estou ciente de que faço parte, juntamente com outros alunos, de um projeto de estudo que está sendo realizado com estudantes com TDAH que frequentam a escola _____ no município de Franca – SP. Declaro saber que não serei identificado e que posso recusar participar da pesquisa.

Franca, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do aluno/a

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha

Apêndice F: termo de consentimento de responsáveis etapa de intervenção

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: “Caracterização e Intervenção com estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivência escolar e recursos familiares”.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - CRP: 06/46731-2.

Pesquisadora colaboradora: Anaísa Leal Barbosa Abrahão – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - CRP: 06/117835.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Caracterização e Intervenção com estudantes com TDAH: habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico, vivência escolar e recursos familiares”. Esse projeto tem como objetivo realizar intervenções psicoeducativas para favorecer as habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico e vivência escolar, junto aos alunos com TDAH, durante 8 semanas, com sessões de 1 hora e meia. Seu filho (a) responderá a um instrumento que identifica quais são as habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico antes e após a intervenção. Com o senhor (a) será solicitado que preencha este termo caso autorize a participação de seu filho (a). Quanto aos professores, responderão um questionário que avaliará suas habilidades sociais educativas, elas também receberão um treinamento para auxiliá-las em sala de aula, e antes e após intervenção de seu filho (a) responderão a um questionário sobre as habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico, apresentados por seu filho (a), o que demandará para eles em torno de uma hora. Também verificaremos em documentos oficiais as médias ponderadas obtidas por seus filhos nos bimestres concluídos. Tais atividades serão realizadas em local estipulado pela Secretaria Municipal de Educação, em datas e horários previamente acordados com os pais/responsáveis, de maneira que não prejudique as obrigações escolares. Quanto aos riscos do estudo, acredita-se que são mínimos, estando relacionados à geração de um grau de desconforto como ansiedade frente à situação de resposta oral aos instrumentos; caso isso ocorra com você ou seu filho e nos seja informado ou por nós percebido, a aplicação será suspensa e se desejarem poderemos conversar um pouco e remarcar o encontro para outro dia. Quanto aos benefícios deste estudo, espera-se que o treinamento de habilidades sociais aos alunos com TDAH possa ajudá-los em suas dificuldades escolares diárias, e quanto ao treinamento para as professoras, espera-se que também as auxilie dentro de sala de aula. Após a conclusão dessa pesquisa, os resultados serão apresentados à escola por meio de um relatório formal; aos participantes e suas famílias por meio de conversas; em eventos científicos da área e; à universidade a qual as pesquisadoras pertencem. Nós pesquisadoras, estamos compromissadas com o Código de Ética do Psicólogo, assegurando seu anonimato e do seu filho (a) e o total sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa. Deixamos claro que o senhor (a), pode vir a retirar o seu consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo para o seu (a) filho (a) na escola, com seus professores ou com as pesquisadoras; além de ressaltar que essa pesquisa não acarretará em nenhum custo ou ressarcimento financeiro para os participantes. Essa pesquisa encontra-se em concordância com os termos da resolução CNS 466/2012 que dispõe sobre aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Caso haja qualquer dúvida sobre este estudo, o senhor (a) poderá entrar em contato com a Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias marcando um horário junto à escola para essa conversa por meio do telefone (16) 3315-0195. Frente a qualquer dúvida ética, o senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da FFCLRP-USP. Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – FFCLRP – USP. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Bloco 01 – Prédio da Administração/ Atendimento de 2ª a 6ª das 13h 30 às 17h 30. Telefone: 16-3315-4811. Email: coetp@ffclpr.usp.br

Esse documento possui duas vias as quais uma ficará com você e outra com a presente pesquisadora. Eu _____, RG _____, abaixo assinada, responsável pelo (a) menor _____, estou ciente de que faço parte, juntamente com o meu filho (a) de uma amostra de pesquisa que está sendo realizada com alunos com TDAH que frequentam a escola _____ no município de Franca – SP. Declaro também estar ciente do objetivo da pesquisa, segurança de que não seremos identificados, que será mantido o caráter confidencial das informações e ter a liberdade de recusar a continuar a participar da pesquisa a qualquer momento.

Franca, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador responsável pela coleta