

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUISTA FILHO

Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru

Programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

FERNANDA PÁDUA REZENDE

INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

BAURU
2021

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru

Programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

FERNANDA PÁDUA REZENDE

INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Tese apresentada para obtenção de título de Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

BAURU
2021

Rezende, Fernanda Pádua.

Intervenção em grupo para pais de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade/ Fernanda Pádua Rezende, 2021

146 f.

Orientadora: Sandra Leal Calais

Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciência, Bauru, 2021

1. TDAH. 2. Parentalidade. 3. Intervenção. 4. *Mindfulness*. 5. Terapia Comportamental. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE FERNANDA PÁDUA REZENDE, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 15 dias do mês de outubro do ano de 2021, às 14:00 horas, na Faculdade de Ciências (UNESP/Bauru), realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de FERNANDA PÁDUA REZENDE, intitulada **Intervenção em grupo para pais de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS (Orientador(a) - Participação Virtual) do Departamento de Psicologia / Unesp Faculdade de Ciências Bauru, Profa. Dra. MARIANI DA COSTA RIBAS DO PRADO (Participação Virtual) do Departamento de Psicologia / Universidade de São Paulo (USP) Câmpus Bauru, Prof. Dr. JAN LUIZ LEONARDI (Participação Virtual) do InPBE – Instituto de Psicologia Baseada em Evidências, Profa. Dra. ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU (Participação Virtual) do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido tio Pe. Geraldo Rezende, meu primeiro incentivador na jornada acadêmica quando me presenteou com uma coleção de livros infantis. Com sua sabedoria cativante me mostrou que com estudo eu poderia mudar minha realidade de várias formas, mesmo não acreditando muito na infância, hoje tudo que foi dito e feito faz todo sentido. Seu falecimento veio muito cedo, queria que estivesse vendo a concretização deste trabalho. Meu eterno obrigada!

À toda minha família, embora não sejam de tradição acadêmica e por dificuldades socioeconômicas o estudo não fez parte da vida deles, mas sempre foram admiradores e reconhecedores da importância de uma formação acadêmica. Fizeram todos os esforços financeiros para que eu pudesse ter uma formação escolar e acadêmica. Não seria absolutamente nada sem meus maiores modelos, obrigada especialmente a minha mãe e ao meu pai.

A vida sempre me presenteou com pessoas motivadoras. Ao meu marido, que não está inserido no meio acadêmico, mas me proporciona todos os dias exemplos de disciplina e dedicação ao que importa e é necessário. Com você aprendo todos os dias, mais do que em livros. Obrigada por ter me acompanhado durante estes 12 anos em que estamos juntos e por sempre me mostrar os caminhos das possibilidades.

Outro modelo que vou lembrar por toda vida e com todo o carinho é minha orientadora. À Sandra Leal Calais, uma fortaleza e pura amorosidade. Que privilégio foi poder estar com você durante tantos anos, desde o estágio na graduação, depois no mestrado e agora com esta tese de doutorado. Pela professora, orientadora e pessoa que você é, serei eternamente grata.

Ao professor Hugo Cardoso, que auxiliou de forma significativa este trabalho. Um carinhoso obrigada!

Aos queridos professores, de uma jornada acadêmica, obrigada pelos exemplos, modelos e incentivos.

REZENDE, F. P. **Intervenção em grupo para pais de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. 2021, 146f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2021.

RESUMO

Pais de filhos com transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH) encontram desafios mediante os problemas de comportamento que as crianças podem apresentar. Dentre alguns destes problemas, destacam-se comportamentos externalizantes como a hiperatividade e impulsividade que estão associados com a dificuldade em seguir regras e realizar tarefas, além de problemas nos relacionamentos interpessoais que podem ficar comprometidos. É comum os pais terem que lidar com as reclamações da escola e contextos sociais que frequentam. São eles que irão manejar os comportamentos infantis com as práticas parentais e que recebem as orientações parentais vindas dos protocolos de intervenção para o transtorno. Desta forma, ter estas pessoas como foco de estudo é de suma relevância. O objetivo geral deste trabalho foi analisar demandas que tangem esta população tais como fatores psicossociais e intervenções, analisando as problemáticas envolvidas e procurando desenvolver formas para que possam receber cuidados, para terem mais condições de lidarem com o TDAH de seus filhos e com seus problemas de ordem pessoal, social e emocional. Para isso, este trabalho foi dividido em três capítulos distintos, incluindo seus resultados: o capítulo um consiste em uma revisão de literatura sobre protocolos de intervenção comportamental e *mindfulness* para pais de crianças com TDAH. O segundo, também uma revisão, trata-se de uma investigação sobre os fatores psicossociais destes pais associados ao TDAH. O terceiro exibe a construção e os resultados de uma proposta de intervenção para este público. Como principais resultados destes estudos, as intervenções comportamentais são mais frequentes do que as de *mindfulness*, estas precisam de mais evidências e as intervenções priorizam melhora de comportamento das crianças. Os fatores psicossociais associados aos pais foram conflitos conjugais, estresse, depressão materna, TDAH parental, percepção de baixo suporte familiar e psicopatologia parental (sem especificações) e não houve nenhuma recomendação específica para tratamento dos pais. A construção da intervenção consistiu em estratégias de *mindfulness* e comportamental e como resultado proporcionou melhora em práticas parentais e em estresse. Recomenda-se que haja aplicação desta intervenção em mais grupos e espera-se que possa ser mais uma ferramenta de auxílio aos pais além de ampliar a literatura existente.

Palavras-chave: TDAH; Parentalidade; Intervenção; *Mindfulness*; Terapia Comportamental.

REZENDE, F. P. **Group intervention for parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder**. 2021, 146f. Thesis (Doctorate in Development and Learning Psychology) – UNESP, Faculty of Science, Bauru, 2021.

ABSTRACT

Parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) face challenges due to the behavioral problems that children may present. Among some of these problems, externalizing behaviors such as hyperactivity and impulsivity stand out, which are associated with difficulty in following rules and performing tasks, in addition to problems in interpersonal relationships that can be compromised. Parents often have to deal with complaints from the school and social contexts they attend. They are the ones who will manage child behaviors with parental practices and who receive parental guidance from intervention protocols for the disorder. Thus, having these people as the focus of study is of paramount importance. The general objective of this study was to analyze demands that affect this population, such as psychosocial factors and interventions, analyzing the issues involved and seeking to develop ways for them to receive care, to be better able to deal with their children's ADHD and their health problems. personal, social and emotional order. For this purpose, this work was divided into three distinct chapters, including its results: chapter one consisted of a literature review on behavioral intervention and mindfulness protocols for parents of children with ADHD. The second, also a review, was an investigation into these parents' psychosocial factors associated with ADHD. The third showed the construction and results of an intervention proposal for this audience. As the main results of these studies, behavioral interventions are more frequent than mindfulness ones, they need more evidence and interventions prioritize improving children's behavior. Psychosocial factors associated with parents were marital conflicts, stress, maternal depression, parental ADHD, perception of low family support and parental psychopathology (not specified) and there was no specific recommendation for parental treatment. The construction of the intervention consisted of mindfulness and behavioral strategies and as a result provided improvement in parenting practices and stress. It is recommended that this intervention be applied in more groups and it is hoped that it can be another tool to help parents in addition to expanding the existing literature.

Keywords: ADHD; Parenting; Intervention; Mindfulness; Behavioral Therapy.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Número de publicações encontradas de acordo com as palavras-chave.....	26
Tabela 2. Número de publicações selecionadas para análise de acordo com critérios de inclusão e exclusão.....	26
Tabela 3. Descrição dos artigos selecionados do portal Periódicos CAPES de acordo com autor, ano, país, revista e participantes.....	27
Tabela 4. Objetivos, procedimentos, delineamentos e principais resultados dos artigos selecionados.....	28
Tabela 5. Variável independente, variáveis dependentes e duração das intervenções de cada estudo selecionado.....	31
Tabela 6. Principais informações dos artigos analisados de acordo com autores, ano, país, revista, objetivos, método e principais resultados.....	43
Tabela 7. Direcionalidade entre as variáveis analisadas: TDAH como influenciador dos fatores psicossociais e fatores psicossociais como influenciadores do TDAH.....	45
Tabela 8. Alocação dos participantes em GI e em GC, divisão por subgrupos e quantidade de participantes em cada subgrupo.....	63
Tabela 9. Dados socioeconômicos das participantes do GI e GC de acordo com estado civil, idade, escolaridade, profissão e renda familiar.....	68
Tabela 10. Caracterização dos filhos das participantes de acordo com idade, sexo, tempo de diagnóstico e se fazem uso de medicação.....	69
Tabela 11. Médias da pontuação total do inventário de stress (ISSL) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i>	71
Tabela 12. Médias da pontuação total do inventário de estilos parentais (IEP) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i>	72
Tabela 13. Médias da pontuação total da escala de percepção de suporte social (EPSUS-A) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i>	72
Tabela 14. Médias da pontuação total do questionário de levantamento de sintomas de TDAH nas crianças (SNAP-IV) do GI e GC no pré-teste, pré-teste2, pós-teste e <i>follow-up</i> referente aos sintomas de hiperatividade.....	73
Tabela 15. Médias da pontuação total do questionário de levantamento de sintomas de TDAH nas crianças (SNAP-IV) do GI e GC no pré-teste, pré-teste2, pós-teste e <i>follow-up</i> referente aos sintomas de desatenção.....	74

Tabela 16. Médias da pontuação total do questionário de sintomas de TDAH dos pais (ASRS-18) do GI e GC no pré-teste, pré-teste 2, pós-teste e <i>follow-up</i> referente aos sintomas de hiperatividade.....	75
Tabela 17. Médias da pontuação total do questionário de sintomas de TDAH dos pais (ASRS-18) do GI e GC no pré-teste, pré-teste 2, pós-teste e <i>follow-up</i> referente aos sintomas de desatenção.....	75
Quadro 1. Resumo dos encontros e as principais estratégias utilizadas em cada um deles.....	65
Quadro 2. Síntese do período de avaliação em cada etapa do procedimento, instrumentos utilizados e momento de resposta de cada grupo.....	66
Quadro 3. Comparação das médias no pré-teste 1 e pós-teste do GC e no pré-teste e pós-teste do GI de acordo com o teste <i>t</i> de medidas repetitivas que indica diferenças entre as médias após intervenção.....	70
Quadro 4. Unidades temáticas referentes ao pós-teste de GI e GC (N=14).....	76
Quadro 5. Unidades temáticas referentes ao <i>follow-up</i> de GI e GC (N=12).....	78
Quadro 6. Recursos <i>Mindfulness</i> e Recursos Comportamentais.....	118
Quadro 7. Descrição da intervenção por encontro com objetivos, estratégias utilizadas e tempo médio de duração de cada uma.....	121
Quadro 8. Variáveis dependentes esperadas para cada encontro realizado.....	127

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	12
2. COMPILAÇÃO DOS CAPÍTULOS.....	19
2.1. CAPÍTULO 1. Treinamento parental e <i>mindfulness</i> no transtorno de <i>déficit</i> de atenção/hiperatividade: revisão de literatura.....	19
2.1.1 Introdução.....	20
2.1.2 Método.....	23
2.1.2.1 Procedimento de Análise.....	25
2.1.3 Resultados.....	26
2.1.4 Discussão.....	33
Referências.....	36
2.2. CAPÍTULO 2. Fatores psicossociais parentais no transtorno de <i>déficit</i> de atenção/hiperatividade: uma revisão.....	39
2.2.1 Introdução.....	40
2.2.2 Método.....	41
2.2.2.1 Procedimento de Análise.....	42
2.2.3 Resultados.....	43
2.2.4 Discussão.....	50
2.2.5 Conclusões/Recomendações.....	51
Referências.....	53
2.3. CAPÍTULO 3. Intervenção em grupo para mães de crianças com TDAH.....	55
2.3.1 Introdução.....	57
2.3.2 Método.....	59
2.3.2.1 Participantes.....	60
2.3.2.2 Local.....	60
2.3.2.3 Instrumentos.....	60
2.3.2.4 Procedimentos.....	62
2.3.2.5 Análise dos dados.....	67

2.3.3 Resultados.....	67
2.3.4 Discussão.....	80
Referências.....	85
 3. DISCUSSÃO GERAL.....	88
Referências.....	91
 APÊNDICES.....	93
ANEXOS.....	133

1 INTRODUÇÃO GERAL

O Transtorno de *Déficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pode ser de três tipos de acordo com a predominância dos sintomas, tipo desatento, tipo hiperativo/impulsivo e tipo combinado. No desatento, os comportamentos característicos são: desatenção a detalhes, cometer erros por descuido em tarefas escolares, dificuldade de manter atenção em atividades de lazer, aparentar não estar ouvindo o que as pessoas dizem, dificuldade em seguir instruções até o final, não terminar tarefas, dificuldade com organização, apresentar resistência com atividades de esforço mental prolongado, perder objetos relevantes, distração com estímulos externos e esquecimentos de tarefas do cotidiano (APA, 2014).

No hiperativo/impulsivo os comportamentos característicos são: mexer mãos, pés e remexer na cadeira, levantar-se com frequência de lugares em que é preciso ficar sentado, correr para todos os lados e subir em locais inapropriados, dificuldade de brincar e permanecer em atividade de lazer de forma calma, dificuldade de parar, fala excessiva, responder perguntas antes que tenham sido terminadas, dificuldade de esperar a vez e interromper as pessoas ou se intrometer em assuntos. No combinado haverá manifestação tanto de comportamentos de desatenção quanto de hiperatividade/impulsividade (APA, 2014). Estes comportamentos isoladamente não podem ser considerados sintomas de um transtorno pois, para se configurar um transtorno, é necessário cumprir alguns critérios, como trazer prejuízos significativos para a vida das pessoas, estar presente em pelo menos dois ambientes diferentes, se manifestar antes dos 12 anos de idade e emitir pelo menos seis ou mais dos comportamentos citados para cada tipologia de sintomas, durante seis meses ou mais, de forma inconsistente com a fase do desenvolvimento (APA, 2014).

O TDAH é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, pois está presente nos anos iniciais do desenvolvimento infantil e possui base neurobiológica e comportamental. Sua prevalência é de 5% nas crianças e de 2,5% nos adultos e acomete todas as culturas, podendo ter variação de prevalência, mas com variabilidade regional reduzida (APA, 2014).

Assim, é um transtorno que está presente em todo o mundo e cada país irá adotar as diretrizes científicas que lhe cabe para lidar com este problema social e de saúde. É considerado um problema, pois irá acarretar prejuízos significativos para as pessoas com o transtorno e para seu entorno social, como por exemplo, nas crianças pode haver dificuldades de interações sociais com os pares, problemas acadêmicos e dificuldades em seguir regras que são importantes para o convívio. Além disso, os pais podem ter prejuízos sociais, se afastando do convívio pela dificuldade em controlar o comportamento dos filhos, além de sentirem

sobrecarga quanto as estratégias parentais que não são eficazes. E, quando não tratado e com agravantes como as comorbidades, que podem se desenvolver de acordo com os estímulos que as crianças recebem de seu meio, há mais propensão para problemas acadêmicos, uso de drogas, envolvimento em comportamento de risco, ansiedade e depressão (BARKLEY, 2014).

A descrição dos sintomas de TDAH ocorre de acordo com manuais psiquiátricos, o que foi adotado neste trabalho é o Manual Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2013). Para esta perspectiva o transtorno é compreendido de forma topográfica, ou seja, de acordo com a forma de emissão do comportamento, sua frequência e intensidade e com sua base neurobiológica. Não é considerada a função dos comportamentos ou classes de comportamentos, que na perspectiva Analítico Comportamental o responder é compreendido de acordo com suas variáveis mantenedoras ambientais, que exercem controle sobre a resposta (LEONARDI; RUBANO, 2012).

Para a perspectiva comportamental, os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade são comportamentos operantes, que produzem consequências e recebem os efeitos destas consequências, devem ser analisados funcionalmente junto com todo repertório comportamental da criança e sua família, ampliando-se o entendimento do transtorno e possibilitando propostas de intervenções (LEONARDI; RUBANO, 2012). Analisar funcionalmente significa buscar compreender o contexto em que a resposta se manifesta, com pelo menos três elementos, os antecedentes, a resposta e as consequências.

De acordo com Skinner (1953/1998), os antecedentes são os eventos que ocorrem antes da emissão do comportamento que está sendo alvo de análise, pode ser presença de pessoas, estado de privação, situações, dentre outros fatores que permite a ocorrência de uma resposta. A resposta é o comportamento de análise, adota-se como exemplo a ação impulsiva da criança de passar na frente de um amigo na fila do brinquedo, sendo o antecedente a presença do brinquedo e estar em uma fila. E as consequências são os eventos que acontecem após a emissão do comportamento, que podem fortalecê-lo aumentando sua probabilidade de ocorrência, mesmo que gere prejuízos. No exemplo de passar na frente do colega, a criança tem acesso imediato ao brinquedo, se esquivar da espera, mesmo que isso gere críticas e afastamento dos colegas.

Desta forma, o TDAH é visto além do que o DSM-5 descreve, sem desconsiderar os fatores biológicos associados, que são analisados funcionalmente. Estes ocupam lugar de variável antecedente à emissão do comportamento, junto com outras variáveis que agravam ou atenuam a emissão dos sintomas, ou que podem ocasionar mais problemas comportamentais associados (LEONARDI; RUBANO, 2012).

A desatenção pode ocorrer de acordo com uma condição orgânica, mas pode ser agravada quando em contextos mais barulhentos, com estímulos concorrentes, mediante tarefas desgastantes e pode passar a ter função de esquiva, por exemplo, quando a pessoa para as tarefas diante esta situação (BARKLEY, 2014). A impulsividade, ao longo do histórico de aprendizagem da criança, pode por exemplo, produzir ganhos secundários como acesso mais rápido a respostas dos adultos, preferência quando na fila do brinquedo (visto a dificuldade de espera), embora também acarrete possíveis prejuízos como afastamento dos colegas. Estes são alguns exemplos de como se pode analisar o TDAH para além da topografia, levando em consideração que cada indivíduo, de acordo com sua história de vida, mesmo que apresente a mesma topografia no repertório que outro indivíduo, as funções podem variar muito e por isso a necessidade de se considerar as individualidades nas análises.

Nesta relação funcional, os pais adquirem papel de relevância, pois podem atuar como distribuidores de reforçadores, punições, estímulos discriminativos e aversivos, e funcionam como ambientes para seus filhos instalando e mantendo comportamentos sociais (LEONARDI; RUBANO, 2012). Eles estão constantemente na interação com seus filhos que apresentam os sintomas por isso é de suma importância que haja processos de triagem, diagnósticos e avaliações comportamentais adequados que levem as famílias a receberem tratamentos para minimizar os danos que o transtorno pode gerar e para prevenir outros problemas de comportamento no futuro. Para atenuar os prejuízos e trazer uma melhor qualidade de vida e de saúde para as pessoas com TDAH e seus familiares, existem tratamentos com boas evidências científicas. Há duas linhas de tratamento, a medicamentosa e a psicossocial.

O tratamento medicamentoso é feito com administração de drogas estimulantes como o metilfenidato e anfetaminas e com drogas não estimulantes como a atomoxetina que irão atuar para minimizar os sintomas a partir de ação orgânica (HENNISEN *et al.*, 2017). O tratamento psicossocial consiste na orientação parental, de acordo com as premissas da psicoterapia comportamental, para manejo de comportamentos problema que são comumente associados ao TDAH como dificuldades com regras, finalizar tarefas, regulação das emoções, tolerância a frustrações, oposição, dentre outros (BARKLEY, 2014). Desta forma, os pais adquirem amplitude maior do repertório comportamental para lidar com seus filhos. Além disso, é recomendado um processo de psicoterapia comportamental infantil ou para o adulto com o transtorno, assim como intervenções no ambiente escolar das crianças (BARKLEY, 2014). Embora haja recomendações da combinação das duas formas e cautela com uso da medicação principalmente se há efeitos colaterais prejudiciais, fica a critério dos profissionais

responsáveis as orientações e recomendações para a família por não existir um protocolo padrão que deva ser seguido (ANTSHEL, 2015; DUPAUL *et al.*, 2020).

Os pais das crianças com TDAH são fundamentais para que ocorra um bom andamento dos processos interventivos. São eles que irão receber as orientações de manejo de comportamento, pois são os principais responsáveis pelas contingências que mantêm os comportamentos das crianças, seja comportamento problema ou não (BOLSONI-SILVA; WEBER; ALVARENGA, 2017). Se ocorre mudança no comportamento parental, poderá ocorrer mudança no comportamento infantil, são nas interações entre pais e filhos que se molda parte do repertório comportamental infantil. Assim, ajudar os pais sobre como lidar com comportamentos difíceis, buscando oferecer condições de identificarem as variáveis que controlam suas dificuldades parentais se torna algo relevante nas estratégias de orientação parental, pois irão desenvolver novas formas de agir diante os desafios.

A Terapia Comportamental, com foco na orientação de pais, tem como objetivo primário reduzir os problemas de comportamento das crianças e aumentar repertório de comportamentos que produzem reforçadores importantes, intervindo no contexto familiar ao ensinar pais a se comportarem de forma mais eficiente mediante estas demandas. Por exemplo, existe associação entre problemas de comportamento infantil e práticas parentais negativas, tais como uso de violência, críticas excessivas, permissividade e falta de demonstrações de afeto, que de alguma forma podem contribuir para uma maior frequência de agressividade pela criança, ansiedade, oposição, birras excessivas e problemas emocionais (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018). Então, quando os pais conseguem parar com o uso de violência e aprendem a usar métodos de disciplina como conversa, redirecionamento do comportamento, negociação, evitam críticas, colocam limites e demonstram afeto de forma genuína, as crianças irão responder de outra maneira, o que favorece emissão de comportamentos mais desejáveis socialmente que são favoráveis para o desenvolvimento infantil (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2011).

São os pais que irão tomar a decisão quanto ao uso ou não da medicação e qual método de intervenção adotar, eles que irão vivenciar muitas demandas sociais vindas da escola, dos familiares e da sociedade muitas vezes compreendidas como pressões sociais. A demanda sobre eles pode ser muitas vezes excessiva porque as crianças exigem muito em termos de disciplina, principalmente quando os sintomas predominantes são de comportamentos externalizantes como hiperatividade e impulsividade e isso se agrava quando ocorrem comorbidades com transtorno opositivo desafiador e transtornos de conduta (BARKLEY, 2014).

Desta forma, o foco deste trabalho recaiu sobre os pais de crianças com TDAH e foram destacadas algumas variáveis relacionadas a eles. As práticas parentais foram uma delas, pois é por meio do repertório de parentalidade que haverá o manejo dos comportamentos infantis, podendo atenuar sintomas de TDAH e problemas de comportamento ou agravá-los (ANTSHEL, 2015).

O estresse parental foi outra variável e frequentemente está correlacionado com as práticas parentais: quanto mais estresse, ocorre uma tendência a se ter piores práticas parentais e vice-versa (REZENDE; CALAIS; CARDOSO, 2019). A percepção de suporte social também foi considerada, pois os pais de crianças com TDAH tendem a perceber menos suporte familiar (REZENDE; CALAIS; CARDOSO, 2019), e procurou-se saber como o suporte social atuaria nesta população, sendo que ter uma percepção de suporte social alta está associada com bem-estar e com curso positivo de saúde física e mental, além de proporcionar maiores condições de enfrentamento frente as adversidades da vida (CARDOSO; BAPTISTA, 2016). O estudo de Rezende, Calais e Cardoso (2019) foi fonte de inspiração para o desenvolvimento deste trabalho, pois ao constatar no grupo de participantes da pesquisa (pai e mãe de crianças com TDH) que houve a presença de estresse materno, uso de práticas parentais mais negativas tanto em pais quanto em mães, mas mais graves nas mães com estresse, e baixa percepção de suporte social tanto em pai quanto em mãe, notou-se a necessidade de alguma intervenção que pudesse abranger estes aspectos avaliados.

Além disso, os sintomas de TDAH nos pais foram considerados, pois sabe-se a alta herdabilidade do TDAH (APA, 2014) e como podem influenciar no desempenho dos processos interventivos. De forma secundária, os sintomas de TDAH das crianças foram examinados. Devido a prioridade dada aos pais, este trabalho não teve como objetivo primário desenvolver formas de reduzir sintomas de TDAH, mas sim de instrumentalizar os pais a lidarem com as dificuldades que encontram no dia-a-dia.

Para que possam se beneficiar das estratégias comportamentais propostas, se faz necessário que recebam, além de orientações práticas, suporte emocional. Muitos destes pais podem não conseguir colocar em prática, por exemplo, a orientação de brincar mais com o filho e oferecer atenção em momentos que o problema de comportamento não esteja ocorrendo, por estarem imersos em dificuldades emocionais como sensação de invalidação, angústia, ansiedade e o próprio TDAH (BABINSKI *et al.*, 2018; CHRONIS-TUSCANO *et al.*, 2011).

Outro trabalho na área foi o de Rezende, Yamada e Moretin (2015), no qual as autoras mostraram a relevância de um grupo de apoio psicossocial para pais de crianças com deficiência auditiva e usuária de implante coclear. Este tipo de apoio proporciona benefícios

aos pais que encontram um espaço de escuta de suas demandas, acolhimento e orientações, além das trocas com outros pais. Assim, desenvolver uma intervenção em grupo para pais contou com a premissa de que eles precisam de mais do que orientações pontuais protocolares para problemas de comportamento, precisam de apoio em suas próprias necessidades e dificuldades emocionais.

Desta forma, o recurso de *mindfulness* ou atenção plena, foi utilizado para este estudo, pois proporciona ferramentas de regulação emocional, gerenciamento do estresse e autocontrole. O que poderá produzir benefícios aos pais em suas próprias gestões emocionais e de seus filhos, favorecendo a aquisição de práticas parentais mais positivas.

Para dar sustentação científica para a proposta feita e para o uso das técnicas escolhidas é importante seguir as recomendações feitas pela American Psychological Association (APA). De acordo com Leonardi e Meyer (2015) a prática baseada em evidências sugere que o profissional da psicologia adote uma conduta que seja respaldada por dados empíricos e a APA (2006) recomenda que a prática baseada em evidência em psicologia (PBEP) deve respeitar três componentes: melhor evidência disponível, perícia clínica e particularidades /individualidades do paciente. Para se ter a melhor evidência disponível, os métodos de pesquisa podem ser ensaios clínicos randomizados, experimento de caso único e estudos de caso e para acessar as melhores evidências disponíveis é necessário examinar a compatibilidade da evidência com o caso em questão e a confiabilidade das evidências de acordo com a quantidade de dados e qualidade metodológica das pesquisas. A perícia clínica diz respeito às competências dos clínicos para escolha das melhores intervenções a serem utilizadas em cada caso. Além disso, é de suma relevância as particularidades de cada pessoa, que devem ser envolvidas na tomada de decisões clínicas (LEONARDI; MEYER, 2015). Destaca-se que a PBEP se refere à tomada de decisões clínicas dos profissionais da psicologia e não a uma modalidade específica de tratamento, e intervenções/tratamentos baseados em evidências são geralmente protocolares, manualizados e mostram evidências em ensaios clínicos randomizados ou em experimentos de caso único (LEONARDI, 2016).

Levando em consideração a PBEP e os tratamentos que são baseados em evidência e sua relevância no cenário atual de pesquisas e prática clínica, as análises feitas nesta tese respeitam estes pressupostos. Visa examinar manuscritos nos capítulos com propósito de revisão de literatura e mostrar o caminho metodológico das publicações, a fim de discutir a confiabilidade das evidências produzidas. Também há apresentação de dados de uma pesquisa com caráter experimental, que possui processo de construção de uma modalidade de tratamento psicossocial a pais e sua aplicabilidade.

Para tratar destes assuntos esta tese foi dividida em três capítulos. O primeiro versou sobre as intervenções comportamentais e de *mindfulness* que os pais têm recebido conforme a literatura do tema, o segundo tratou sobre os fatores psicossociais parentais que são associados ao TDAH, o terceiro foi sobre o processo de construção de uma intervenção para pais e seus resultados. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar demandas que atingem esta população tais como fatores psicossociais e intervenções, considerando as problemáticas envolvidas e procurando desenvolver formas para que possam receber cuidados, para terem mais condições de lidarem com o TDAH de seus filhos e com seus próprios problemas de ordem pessoal, social e emocional.

2 COMPILAÇÃO DOS CAPÍTULOS

2.1 CAPÍTULO 1

Treinamento parental e *mindfulness* no transtorno do déficit de atenção/hiperatividade:

Revisão de literatura

RESUMO

Observa-se o crescimento de estratégias baseadas em *mindfulness*/atenção plena, que consistem em treinamento de atenção como forma de meditação para autoconsciência e consciência do que ocorre no momento presente sem julgamento, como complemento ao treinamento parental comportamental ou como outra modalidade de tratamento para o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. O objetivo deste estudo foi examinar a literatura por meio de uma revisão integrativa no período de 2015 a 2020 sobre treinamento parental específico para pais de crianças com TDAH que seja pautado na análise do comportamento e/ou *mindfulness*, buscando caracterizar estes estudos. Para isso foi realizada uma revisão integrativa da literatura no portal Periódicos CAPES com combinações de palavras-chave. Como resultado, foram encontradas mais publicações de intervenção comportamental e as com *mindfulness* ainda precisam de mais dados para comprovar evidência, sendo que em ambas as modalidades houve melhora em práticas parentais e em problemas de comportamento. Espera-se que esta pesquisa estimule mais intervenções para pais de crianças com TDAH especialmente as pautadas em *mindfulness*.

Palavras-chave: TDAH; Pais; Treinamento; Mindfulness; Terapia Comportamental.

ABSTRACT

The growth of mindfulness/mindfulness-based strategies is observed, consisting of attention training as a form of meditation for self-awareness and awareness of what is happening in the present moment without judgment, as a complement to behavioral parenting training or as another treatment modality for attention deficit hyperactivity disorder. The aim of this study was to examine the literature through an integrative review of the last five years (2015 to 2020) on specific parental training for parents of children with ADHD that is based on the analysis of behavior and/or mindfulness, seeking to characterize these studies. As a result, more publications on behavioral intervention were found and those with mindfulness still need more data to prove evidence, and in both modalities there was an improvement in parenting practices and in behavior problems. It is hoped that this research will encourage more interventions for

parents of children with ADHD, especially those based on mindfulness.

Keywords: ADHD; Parents; Training; Mindfulness; Behavioral Therapy.

2.1.1 Introdução

O Transtorno de *Déficit* de Atenção e Hiperatividade consiste em um padrão de comportamento que envolve sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, sendo um transtorno psiquiátrico considerado incapacitante, pois gera muitos prejuízos, principalmente nos domínios acadêmicos, sociais e familiares para crianças, adolescentes e adultos (American Psychiatric Association [APA], 2014). Seu início é na infância e tende a perdurar na adolescência e vida adulta (MOLINA *et al.*, 2009). Quando não tratado pode acarretar em custos para sociedade, pois está correlacionado com aumento nas taxas de desemprego, ao consumo de drogas ilícitas e dependência de álcool, ao baixo nível acadêmico, maiores taxas de conflito conjugal e aumento de criminalidade (BOLEA-ALAMANAC *et al.*, 2014).

Dentre os tratamentos existentes há o medicamentoso, comumente com drogas estimulantes (metilfenidato e anfetaminas) e não estimulantes (atomoxetina), que visam a redução dos sintomas pelo efeito orgânico (HENNISEN *et al.*, 2017; STOREBØ *et al.*, 2015), bem como os tratamentos psicossociais, que consistem em estratégias de intervenção nos âmbitos comportamentais, emocionais, sociais e acadêmicos (ANTSHEL, 2015; DUPAUL *et al.*, 2020; SCHATZ *et al.*, 2020). A combinação das duas formas pode ser recomendada, pois haverá ação tanto na condição neurobiológica do transtorno quanto na comportamental (APA, 2014; BARKLEY, 2014; BOLEA-ALAMANAC *et al.*, 2014).

Em se tratando das intervenções psicossociais para as crianças com TDAH existem programas baseados em princípios da análise do comportamento cujo foco principal é o Treinamento Parental – TP ou em inglês *Behavior Parenting Training - BPT*. Usualmente, é o modelo de intervenção utilizado para instrumentalizar os pais a gerenciarem os comportamentos das crianças com transtorno, também é recomendado para outros problemas de comportamento no geral pautando-se em técnicas da terapia comportamental e de condicionamento operante (ANTSHEL, 2015; DUPAUL *et al.*, 2020; SCHATZ *et al.*, 2020).

O TDAH como transtorno que possui, além de base biológica, base comportamental, pode ser analisado de acordo com uma definição operante que justifica tratamentos psicossociais. Os comportamentos emitidos pelas crianças produzem

consequências no ambiente e estas consequências alteram a probabilidade da resposta. Estas modificações produzidas no ambiente têm relação direta com os pais, que são responsáveis por gerir algumas destas consequências, influenciando a probabilidade de emissão de respostas, seja por via de modelagem, modelação, instruções, reforçamento ou punição. Por isso, se é dada ênfase ao TP com uso de técnicas comportamentais.

De acordo com este modelo, Antshel (2015) cita alguns dos programas existentes com evidências científicas que podem ser utilizados como intervenção psicossocial para o TDAH. Alguns não são específicos para o TDAH, mas são favoráveis para problemas de comportamento incluindo os associados ao transtorno como: *Community Parent Education Program – COPE* (CUNNINGHAM; BREMMER; SECORD-GILBERT, 1998); *The Incredible Years – YI* (WEBSTER- STRATTON, 1997), *Defiant Children* (BARCKLEY, 2013), *Parent-Child Interaction Therapy -PCIT* (EYBERG, 1979; EYBERG; MATARAZZO, 1980) e *Positive Parenting Program – Triple P* (SANDERS, 1999). As diferenças entre eles estão em alguns pontos como duração dos procedimentos, tipos de recursos utilizados, participação ou não da criança e da escola, forma de condução pelos profissionais e se em formato individual ou em grupo (ANTSHEL, 2015). Mostram-se eficazes para redução de problemas de conduta, hiperatividade/impulsividade, melhora na falta de controle parental (CUNNINGHAM; BREMMER; SECORD-GILBERT, 1998; THORELL, 2009), redução de estresse parental, melhoras nas habilidades parentais e aumento de comportamentos pró-sociais nas crianças (PIDANO; ALLEN, 2015).

Existe um programa específico para o TDAH que é o *Parental Friendship Coaching* usado para direcionar problemas sociais no qual os pais são ensinados a promover nos filhos repertórios de interação social positiva com os pares (MIKAMI *et al.*, 2010). Há outros programas, com enfoque em desenvolvimento de competências sociais e habilidades acadêmicas para crianças e adolescentes com TDAH no ambiente escolar e os pais assim como os professores também participam como auxiliares do processo no *Challenging Horizons Program – CHP* (EVANS *et al.*, 2006) e no *Homework, Organization, and Planning Skills - HOPS* (LANGBERG *et al.*, 2008). Além disso, o *Summer Treatment Program – STP* (PELHAM; HOZA, 1996), que consiste em um treinamento intensivo de verão, usando de intervenções baseadas em evidências em uma gama de atividades recreativas e acadêmicas dos Estados Unidos, também foi apontado como uma intervenção para problemas de comportamento e TDAH (ANTSHEL, 2015).

Além dessa perspectiva de treinamento parental baseado em princípios comportamentais, existe outra modalidade de intervenção psicossocial que é a baseada em

mindfulness. As práticas baseadas em *mindfulness* consistem em treinamento de atenção como forma de meditação para autoconsciência e consciência do que ocorre no momento presente (KABAT-ZINN, 2003). Nas últimas décadas elas vêm crescendo em importância e estão inseridas em várias modalidades de tratamento comportamental como na Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999), na Terapia Comportamental Dialética – DBT (LINEHAN, 1993) e no tratamento de redução do estresse baseado em *mindfulness* – MBSR (KABAT-ZINN, 1990) mostrando-se como intervenções promissoras para auxiliar no tratamento de depressão e ansiedade, principalmente quando envolvem desregulação emocional (CASSONE, 2015).

O treinamento em atenção plena consiste em técnicas de meditação com a finalidade de aumentar a consciência no momento presente, aumentar a auto-observação e observação do contexto sem julgamentos e reduzir respostas automáticas (KABAT-ZINN, 2003). Deste modo, o *mindful parenting* ou parentalidade plena significa estar no momento presente com a criança, aprendendo a olhar para o filho sem julgamentos, reduzindo as reações negativas direcionadas para a criança (VAN DER OORD; BÖRGELS; PEIJNENBURG, 2012).

Van Der Oord, Börgels e Peijnenburg (2012) fizeram um estudo piloto para investigar os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* para as crianças, concomitante com uma intervenção para os pais (*Mindful Parenting*). Os participantes foram organizados em grupo, mantendo-se uma lista de espera para comparação. O procedimento ocorreu em oito semanas e foram avaliados o estresse parental, parentalidade, sintomas de TDAH das crianças e dos pais, consciência plena dos pais e comportamentos opositivos das crianças em três momentos, pré-teste, pós-teste e *follow-up* (após oito semanas). Os principais resultados indicam resultados favoráveis em todas as medidas de pós-teste, havendo melhoras em comparação à lista de espera. Os sintomas de TDAH dos pais e das crianças reduziram, houve melhoras na parentalidade positiva e redução de estresse dos pais, com estes dados perdurando nas medidas de *follow-up*. No entanto, de acordo com o relato dos professores, nos sintomas de TDAH das crianças não foram observadas melhoras, exceto leve melhora atencional. Neste estudo foram utilizados apenas exercícios de *mindfulness* e não houve estratégias comportamentais para treinar os pais.

Cassone (2015) teve como objetivo de seu estudo de revisão argumentar em favor do uso da Atenção Plena (*mindfulness*) como complemento para as intervenções baseadas em evidência para o tratamento do TDAH sendo mais uma alternativa psicossocial de tratamento. Ele mostrou que o treino em *mindfulness* pode ser utilizado para regular a atenção das pessoas com TDAH e para modificar hábitos automáticos dos pais na parentalidade que são prejudiciais

para o desenvolvimento da criança, melhorando a qualidade da interação entre eles. Ressaltou que os estudos sobre *mindfulness* e treinamento parental ainda estão no início e muito deve ser produzido para validar o uso desta estratégia nos treinamentos parentais.

De acordo com os critérios apresentados pela APA (2006), para que uma intervenção seja considerada prática baseada em evidência é necessário que se possa concluir que houve pesquisas com rigor metodológico e produção de evidências com dados de diferentes níveis de qualidade, sendo considerado aqueles produzidos em ensaios clínicos randomizados ou experimentos de caso único. Leonardi (2016) destacou o uso da pirâmide de evidências das pesquisas em medicina, como um critério para descrever os tipos de método que produzem dados de maior rigor e confiança. Da base até o topo da pirâmide estariam os seguintes delineamentos: pesquisa *in vitro*, pesquisa animal, ideias/editoriais/opiniões, relato de caso, série de casos, caso-controle, coorte, ensaio clínico randomizado e revisão sistemática.

Os TP tradicionais se enquadram nos tratamentos baseados em evidências, possuindo ampla pesquisa na área com dados do topo da pirâmide. No entanto, quando há acréscimo de *mindfulness* ou esta prática isoladamente, ainda carece de mais dados que a sustente como tratamento baseado em evidência para treinamento de pais voltado para o TDAH. Assim, destaca-se a relevância deste estudo, que visa examinar a literatura destas duas áreas e comparar o que tem sido produzido.

Deste modo, o objetivo deste trabalho foi fazer revisão integrativa da literatura no período de 2015 a 2020 sobre treinamento parental específicos para pais de crianças com TDAH que seja pautada na análise do comportamento e/ou *mindfulness*. Procura-se caracterizar estes trabalhos em relação aos participantes, objetivos das intervenções, procedimentos utilizados e principais resultados, além de verificar quantos unem princípios comportamentais com os de *mindfulness* verificando os possíveis avanços dentro desta temática neste período e se houve surgimento de novos programas comparando com os programas citados.

2.1.2 Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura que consiste em integrar os resultados de diferentes estudos com diversas metodologias, possibilitando ampliar as possibilidades de análises em revisões e manter o rigor metodológico. Este tipo de revisão permite que se faça análise dos métodos dos estudos sobre determinado assunto, além de definir conceitos e identificar lacunas. O que foi feito no presente trabalho consistiu em análises dos métodos dos estudos e na identificação de avanços e lacunas na área. De acordo com Mendes,

Silveira e Galvão (2008) para que isso ocorra é necessário seguir seis passos descritos a seguir.

Passo1: consiste na identificação precisa do tema de pesquisa, neste caso o tema é treinamento parental comportamental e *mindfulness* como estratégias de intervenção para pais de crianças com TDAH. Especificamente pretende-se descobrir como estes trabalhos foram empregados de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, suas características, métodos adotados e resultados. Com esta definição temática é possível estabelecer as palavras-chave de busca e o período das publicações.

Assim foi feita uma busca no portal Periódicos CAPES com combinações de palavras-chave e conexão por VPN institucional. Houve cinco combinações de palavras-chave com operador booleano *and*, a primeira foi *Mindful Parenting Training and Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, a segunda foi *Behavioral Parent Training and Attention Deficit Hyperactivity Disorder* a terceira foi *Group Parent Training and Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, a quarta foi *Mindful Parenting Training and Behavioral Parent Training*, e a quinta foi *Mindfulness and Behavioral Parent Training*. Utilizou-se como filtro “qualquer” e “é exato” para busca dos termos, publicações revisadas por pares, no idioma inglês e com as datas de 01/01/2015 a 30/12/2020.

Passo 2: é o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos que foram encontrados em cada cruzamento de palavras-chave estabelecidos anteriormente. A aplicação dos critérios permite uma representatividade de amostras de estudos. Para inclusão foram considerados os seguintes critérios:

- 1) o estudo tinha que ser de intervenção em grupo para pais de crianças com TDAH
- 2) no resumo deveria constar que a intervenção era de treinamento comportamental e/ou *mindfulness* relacionado a intervenção com sintomas de TDAH
- 3) foram consideradas também intervenções que incluíam a criança na participação, e a limitação de idade entre 6 a 12 anos
- 4) considerou-se os que tinham professores como participantes e
- 5) focou-se na relação com problemas de comportamento e parentalidade.

Para exclusão foram considerados os seguintes critérios:

- 1) aqueles em que a intervenção era para outro tipo de transtorno,
- 2) que focaram nas funções executivas como alvo do tratamento,
- 3) que compararam a intervenção com efeitos de medicamento,
- 4) que a intervenção consistia em uso de manual de forma individual e
- 5) que houve intervenções anteriores para os pais para depois participarem

do grupo

Passo 3: é a definição de quais informações serão extraídas dos textos selecionados para análise e discussão. De acordo com os objetivos desta pesquisa, foram examinados os objetivos, métodos, resultados, ano de publicação, veículo de publicação e país do estudo. Além disso, foi feita uma comparação dos métodos e resultados dos artigos apenas com intervenções de TP com as de *mindfulness* para identificar semelhanças, diferenças e evidências científicas produzidas. Os passos 4, 5 e 6 consistem em procedimento de análise e estão descritos no tópico seguinte.

2.1.2.1 Procedimento de Análise

Passo 4: consiste em descrever os estudos encontrados, o que pode ser organizado em forma de tabelas que irão formar o banco de dados da revisão. Em conformidade com o Passo 3, as informações foram extraídas dos textos e colocadas em tabelas de forma descritiva, respeitando as características de cada manuscrito. Após esta descrição, houve comparação entre as intervenções encontradas.

Passo 5: é a interpretação dos resultados que indica os avanços e lacunas produzidos nesta área de investigação.

Passo 6: consiste na apresentação da revisão realizada e suas conclusões, que será descrita nos resultados e considerações.

Foi respeitado o recomendado em cada passo de uma revisão integrativa da literatura. Após cada cruzamento houve leitura dos títulos e resumos de cada artigo encontrado e foram selecionados textos que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Nos casos de dúvidas sobre a inclusão ou não de algum artigo em que a informação não estava clara no resumo, houve uma leitura mais cuidadosa do texto para identificar se caberia para análise.

Com os textos selecionados, após filtro pelos critérios de inclusão e exclusão, eles foram lidos na íntegra e foi feito fichamento para registro e extração das principais informações que foram colocadas em tabelas. Em seguida, foram analisados de acordo com os objetivos deste estudo, que foi identificar quais tipos de intervenção foram usadas (se há um novo programa sendo pesquisado), quais estratégias, quantidade de participantes, os objetivos e principais resultados o que permitiu tecer análises e considerações sobre avanços e lacunas relacionados a esta temática.

2.1.3 Resultados

As buscas resultaram em um total de 340 publicações que podem ser vistas, de acordo com cada combinação de palavras-chave, na Tabela 1.

Tabela 1. Número de publicações encontradas de acordo com as palavras-chave

Descritores	Nº de publicações encontradas
Mindful Parenting Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	14
Behavioral Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	237
Group Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	37
Mindful Parenting Training e Behavioral Parent Training	0
Mindfulness e Behavioral Parent Training	52

Fonte: Elaborado pela Autora

A busca que resultou em mais artigos foi *Behavioral Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, enquanto *Mindful Parenting Training e Behavioral Parent Training* foi a que menos resultou. Após os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 10 estudos para análise na íntegra. Na Tabela 2 está exposto de quais combinações de palavras-chave os textos foram selecionados.

Tabela 2. Número de publicações selecionadas para análise de acordo com critérios de inclusão e exclusão

Descritores	Nº de publicações selecionadas
Mindful Parenting Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	2
Behavioral Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	8
Group Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder	0
Mindful Parenting Training e Behavioral Parent Training	0
Mindfulness e Behavioral Parent Training	0

Fonte: Elaborado pela Autora

A seleção ocorreu das combinações de palavras-chave de *Mindful Parenting Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder* e *Behavioral Parent Training e Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Em *Mindfulness e Behavioral Parent Training* houve um texto

selecionado, mas era repetido. Os 10 artigos selecionados estão descritos na Tabela 3 e mais detalhados na Tabela 4. A Tabela 3 apresenta a especificação por autores e esta mesma ordem será exibida nas tabelas seguintes.

Tabela 3. Descrição dos artigos selecionados do portal Periódicos CAPES de acordo com autor, ano, país, revista e participantes

Autor	Ano	País	Revista	Participantes
1.Loren <i>et al.</i>	2015	Estados Unidos	Journal Attention Disorder	241 pais de crianças com TDAH
2.Heath <i>et al.</i>	2015	Estados Unidos	Child Psychiatry Hum Dev	43 famílias de crianças com diagnóstico de TDAH
3.Huang <i>et al.</i>	2015	China	Journal of the Formosan Medical Association	48 crianças com TDAH e seus pais. Os professores das crianças participaram apenas na resposta aos instrumentos de medida
4.Mille; Brooker	2017	Canadá	Complementary Therapies in Clinical Practice	26 pais e professores de crianças com diagnóstico de TDAH. Os professores não eram das crianças cujos pais participaram.
5.Gershy <i>et al.</i>	2017	Estados Unidos	Child Youth Care Forum	38 famílias de crianças com TDAH (pai e mãe) de uma clínica especializada em treinamento parental para pais de crianças com TDAH.
6. Haack <i>et al.</i>	2017	Estados Unidos	Journal Abnorm Child. Psychol	Pais de 199 crianças com TDAH. Professores e crianças participaram.
7.Behbahani <i>et al.</i>	2018	Irã	Iran Journal Medical Science	56 mães de crianças com diagnóstico de TDAH
8.Chacko; Scavenius	2018	Dinamarca	Journal Abnorm Child Psychol	161 famílias de crianças com diagnóstico de TDAH
9. Elkins <i>et al.</i>	2019	Estados Unidos	Child Psychiatry & Human Development	Pais de 67 crianças com TDAH. Professores participaram para responder os instrumentos.
10.Ciesielski; Loren; Tamm	2019	Estados Unidos	Journal Attention Disorders	304 pais de crianças com diagnóstico de TDAH de um ambulatório

Fonte: Elaborado pela Autora

Observa-se que houve três publicações em 2015 e 2017 e duas publicações em 2018 e 2019, não houve publicações em 2020. Os veículos de publicação “Journal Abnorm Child Psychol” e “Journal Attention Disorders” tiveram duas publicações, enquanto os outros tiveram

uma. O país que mais apresentou artigos foram os Estados Unidos e os participantes foram tanto o pai quanto a mãe das crianças com o diagnóstico concluído de TDAH ou com suspeita, além das crianças e professores.

Tabela 4. Objetivos, procedimentos, delineamentos e principais resultados dos artigos selecionados

Objetivos	Procedimentos	Delineamentos	Principais resultados
1. Examinar a viabilidade e a eficácia de uma intervenção em grupo (BPT) para pais em ambulatório de saúde mental.	Treinamento parental comportamental (BPT)	Houve comparação das medidas no pré-teste e pós teste. Foram 37 grupos avaliados	Houve melhora no comportamento infantil em todos os domínios avaliados, sendo mais expressivo em termos de comprometimento geral, relacionamento pai-filho e impacto do comportamento infantil na família. Os pais também relataram maior confiança no gerenciamento do comportamento de seus filhos.
2. Examinar os efeitos do treinamento parental (BPT) relacionando com os sintomas de TDAH das crianças.	Treinamento parental comportamental (BPT) nomeado de <i>Family STARS</i> .	Intervenção em grupo único com medidas pré-teste e pós-teste. As crianças também participaram	Após intervenção os pais relataram melhoras nos sintomas de estresse e maior autoeficácia. Os pais das crianças que tiveram uma redução clinicamente significativa dos sintomas de TDAH apresentaram menos estresse e maior autoeficácia dos que os pais cujas crianças continuaram com sintomas significativos.
3. Investigar os efeitos do treinamento de habilidades sociais para as crianças concomitante com o treinamento parental.	Treinamento de habilidades sociais para as crianças e treinamento parental comportamental (BPT).	Houve formação de grupo das crianças, dos pais e 54 crianças como grupo controle. Houve avaliação pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i> (4 meses).	O grupo experimental apresentou ganhos em comportamento opositivo, ansiedade/depressão, autocontrole e participação ativa. No entanto, comportamento opositivo e autocontrole não se mantiveram nas medidas de <i>follow-up</i> .
4. Mostrar dados pilotos de uma intervenção baseada em <i>mindfulness</i> para treinamento de pais e professores.	Intervenção baseada em <i>mindfulness</i> .	Intervenção em grupo único com medidas pré-teste e pós-teste.	Pais e professores relataram redução do estresse percebido, redução da ansiedade autorreferida e melhoria em algumas facetas de atenção.
5. Avaliar os efeitos de acrescentar <i>mindfulness</i> ao treinamento	Treinamento parental comportamental (BPT) e treinamento	Comparação dos efeitos em dois grupos, cada um recebeu uma intervenção.	Nas duas condições de intervenção as mães apresentaram melhoras em sentimentos negativos e regulação emocional. Na condição <i>mindfulness</i> os homens apresentaram melhoras

parental em regulação emocional e parentalidade.	parental com estratégias de <i>mindfulness</i>		na regulação emocional, redução de sentimentos negativos e submissão em comparação ao grupo sem <i>mindfulness</i> . Os comportamentos externalizantes das crianças melhoraram nas duas condições.
6. Avaliar e comparar os efeitos de dois tipos de intervenção psicossocial para TDAH.	Treinamentos parentais comportamentais (BPT): Child Life and Attention Skills (CLAS) e Parent-Focused Treatment (PFT). As crianças participam do CLAS.	Ensaio clínico randomizado com dois tipos de intervenção e grupo controle. Com medidas pré-teste e pós-teste e <i>follow-up</i> (1 ano).	Nos dois grupos houve redução de parentalidade negativa e comprometimento doméstico pelas crianças. Apenas na intervenção CLAS houve aumento de parentalidade positiva e comprometimento acadêmico pelas crianças
7. Investigar os efeitos do treinamento de pais baseado em <i>mindfulness</i> .	Treinamento parental baseado em <i>mindfulness</i> .	Ensaio clínico randomizado com dois grupos (experimental e controle). Com medidas pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i> (2 meses).	Mães do grupo experimental apresentaram redução de estresse e houve melhora nos sintomas de TDAH em seus filhos.
8. Analisar os benefícios da intervenção <i>Caring in Chaos</i> - CIC BTP.	Treinamento parental comportamental (BPT) denominado de <i>Caring in Chaos</i> (CIC)	Ensaio clínico randomizado com dois grupos (experimental e controle). Com medidas pré-teste, pós-teste e <i>follow-up</i> (4 meses).	Houve melhoras no senso de competências, sintomas de depressão e estresse dos pais e no comprometimento funcional da criança em comparação ao grupo controle. Não houve efeitos nos sintomas de TDAH.
9. Examinar os sintomas de comportamentos opositivos como moderador para o tratamento com o <i>Family STAR</i> .	Treinamento parental comportamental (BPT) <i>Family STARS</i> .	Intervenção em grupo único com medidas pré-teste e pós-teste. As crianças também participaram.	Houve mais efeito do tratamento em sintomas de TDAH. As crianças com comportamentos mais severos de oposição, após o tratamento, foram classificadas pelos pais com menos sintomas de TDAH em comparação aquelas que inicialmente apresentavam menos sintomas de oposição.
10. Documentar a eficácia de um treinamento comportamental (BPT) para pais.	Treinamento parental comportamental (BPT).	Intervenção em grupo único com medidas pré-teste e pós-teste.	Relato dos participantes de melhoras nos comportamentos das crianças em atividades domésticas, tarefas de casa, refeições e interações com pares. Houve redução de estresse.

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com os manuscritos encontrados houve sete que consistiram em intervenções baseadas em Treinamento Parental Tradicional - BPT (CIESIELSKI; LOREN; TAMM, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HAACK *et al.*, 2017; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015; LOREN *et al.*, 2015), um deles foi treinamento parental com acréscimo de *mindfulness* (GERSHY *et al.*, 2017) e dois foram de *mindfulness* sem treinamento parental tradicional (BEHBAHANI *et al.*, 2018; MILLER; BROOKER, 2017).

Destas intervenções, seis foram feitas apenas com os pais (BEHBAHANI *et al.*, 2018; CIESIELSKI *et al.*, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; GERSHY *et al.*, 2017; LOREN *et al.*, 2015; MILLER; BROOKER, 2017) e em quatro as crianças também receberam intervenção (ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HAACK *et al.*, 2017; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015). Além disso, dois tiveram como método comparar os efeitos de intervenções diferentes (GERSHY *et al.*, 2017; HAACK *et al.*, 2017) e oito tratavam de comparação de medidas dos efeitos da intervenção sob um mesmo grupo (BEHBAHANI *et al.*, 2018; CIESIELSKI *et al.*, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015; LOREN *et al.*, 2015; MILLER; BROOKER, 2017).

Houve medidas de *follow-up* em quatro estudos, um após dois meses de intervenção (BEHBAHANI *et al.*, 2018), dois após quatro meses (CHACKO; SCAVENIUS, 2018; HUANG *et al.*, 2015) e um após um ano (HAACK *et al.*, 2017). No estudo de Haack *et al.* (2017) houve acompanhamento dos participantes por um ano que receberam mensalmente sessões de reforço e depois passaram por novas avaliações.

Quanto às medidas, em todos foram considerados relatos dos pais, em dois deles os professores participaram da intervenção (HAACK *et al.*, 2017; MILLER; BROOKER, 2017) e em outros dois, o professor participou apenas para responder aos instrumentos sobre as crianças (ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HUANG *et al.*, 2015). A Tabela 5 destaca as variáveis dependentes (VD) avaliadas nos estudos de acordo com a variável independente (VI), além de mostrar o tempo de duração de cada intervenção.

Tabela 5. Variável independente, variáveis dependentes e duração das intervenções de cada estudo selecionado

VI	VD	Duração
1.Treinamento parental comportamental (BPT)	Problemas de comportamento da criança e confiança parental.	8 encontros de 2 horas.
2.Treinamento parental comportamental (BPT) - <i>Family STARS</i> .	Problemas de comportamento da criança, estresse parental e autoeficácia parental.	10 encontros de 1 hora.
3.Treinamento de habilidades sociais para as crianças e treinamento parental comportamental (BPT).	Problemas de comportamento, sintomas de TDAH e habilidades sociais das crianças.	7 encontros para as crianças e 8 para os pais de 1h20min cada.
4.Intervenção baseada em <i>mindfulness</i> .	Estresse parental, sintomas de TDAH das crianças e ansiedade generalizada dos pais.	8 encontros de 2 horas. Nos dois últimos houve retiro silencioso para 5h de prática.
5.Treinamento parental comportamental (BPT) e treinamento parental com estratégias de <i>mindfulness</i>	Problemas de comportamento da criança, parentalidade e regulação emocional dos pais.	12 encontros (não foi especificada a duração).
6.Treinamentos parentais comportamentais (BPT): Child Life and Attention Skills (CLAS) e Parent-Focused Treatment (PFT).	Sintomas de TDAH, parentalidade, competência parental, habilidades sociais das crianças e organização acadêmica das crianças.	8 encontros de 2 horas.
7.Treinamento parental baseado em <i>mindfulness</i> .	Estresse parental e sintomas de TDAH da criança.	8 encontros de 1h30 min.
8.Treinamento parental comportamental (BPT) denominado de <i>Caring in Chaos</i> (CIC)	Estresse parental, sintomas de TDAH da criança, problemas de comportamento da criança, engajamento dos pais no grupo, parentalidade, competência e depressão parental.	12 encontros de 2h30 min.
9.Treinamento parental comportamental (BPT) - <i>Family STARS</i> .	Problemas de comportamento e sintomas de TDAH da criança.	10 encontros de 1 hora.
10.Treinamento parental comportamental (BPT).	Problemas de comportamento da criança e estresse parental.	8 encontros de 2 horas.

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com a Tabela 5, os instrumentos utilizados mediram estresse parental (BEHBAHANI *et al.*, 2018; CIESIELSKI *et al.*, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; HEATH *et al.*, 2015; MILLER; BROOKER, 2017), sintomas de TDAH (BEHBAHANI *et al.*,

2018; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HAACK *et al.*, 2017; HUANG *et al.* 2015; MILLER; BROOKER, 2017), ansiedade generalizada dos pais (MILLER; BROOKER, 2017), problemas de comportamento da criança (CIESIELSKI *et al.*, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; GERSHY *et al.*, 2017; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015; LOREN *et al.*, 2015), engajamento dos pais no grupo (CHACKO; SCAVENIUS, 2018), parentalidade (CHACKO; SCAVENIUS, 2018; GERSHY *et al.*, 2017; HAACK *et al.*, 2017), competência parental (CHACKO; SCAVENIUS, 2018; HAACK *et al.*, 2017), depressão parental (CHACKO; SCAVENIUS, 2018), confiança parental (LOREN *et al.*, 2015), regulação emocional dos pais (GERSHY *et al.*, 2017), autoeficácia parental (HEATH *et al.*, 2015), habilidades sociais das crianças (HAACK *et al.*, 2017; HUANG *et al.*, 2015) e organização acadêmica das crianças (HAACK *et al.*, 2017).

Nos estudos que se pautaram nas estratégias comportamentais houve a utilização do programa de Barkley (1987) e no Estudo do Tratamento Multimodal do TDAH MTA de Wells (2000) com duração de oito semanas (CIESIELSKI *et al.*, 2019; HAACK *et al.*, 2017; LOREN *et al.* 2015). Além disso, Chacko e Scavenius, (2018) utilizaram um programa chamado *Caring in Chaos* (CIC BPT), sendo uma versão modificada do BPT para ser mais acessível à comunidade, com 12 sessões semanais com duas horas e meia de duração cada. O Family Star, um protocolo de BPT, foi utilizado em dois estudos (ELKINS; BOND; CURTIS, 2019 e HEATH *et al.* 2015).

Com uma duração menor, de uma hora, sendo 10 encontros, Heath *et al.* (2015) uniram o grupo de crianças com o de pais nos 15 minutos finais de sessão. Neste momento ocorreu discussão com toda família de tópicos do grupo infantil, ensaio comportamental das estratégias da sessão e planejamento de tarefas. De modo semelhante, Haack *et al.* (2017) na modalidade CLAS houve momentos de discussão com pais, professores e as crianças para trabalhar organização acadêmica. No protocolo usado por Huang *et al.* (2015) as crianças tiveram sete encontros enquanto os pais tiveram oito. Ambos duraram uma hora e 20 minutos e os grupos ocorreram durante três anos, totalizando 37 grupos.

No que se pautou em estratégias comportamentais com *mindfulness* ocorreram 12 sessões e não especificaram a duração (GERSHY *et al.*, 2017). Nos pautados em *mindfulness*, o de Behbahani *et al.* (2018) foram oito encontros de 90 minutos, o de Miller e Brooker, (2017) também houve oito encontros, mas as sessões duraram duas horas e a sexta e sétimas sessões ocorreram em um retiro silencioso com cinco horas de práticas.

Com relação às propostas interventivas, os estudos de Chacko e Scavenius, (2018), Ciesielski *et al.* (2019) e Loren *et al.* (2015) ocorreram fora do ambiente acadêmico, o de

Chacko e Scavenius, (2018) foi nas comunidades da Dinamarca e os de Ciesielski *et al.* (2019) e Loren *et al.* (2015), em ambulatórios de saúde mental. Deste modo, as intervenções foram testadas em outros contextos, o que favorece a implementação destas estratégias em serviços de saúde, clínicas e ambulatórios, dando mais acesso à população e estimulando o uso destas ferramentas pelos profissionais. Na proposta de Chacko e Scavenius (2018) houve treinamento de voluntários para aplicarem a intervenção junto aos pais.

As estratégias comportamentais utilizadas para os pais se basearam em psicoeducação sobre o transtorno, uso de reforçamento e punição, meios de comunicação assertiva, dramatizações, organização de rotinas e resolução de problemas e conflitos, comandos efetivos, gerenciamento do comportamento em público, manejo das tarefas escolares e economia de fichas (CIESIELSKI *et al.*, 2019; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HAACK *et al.*, 2017; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015; LOREN *et al.*, 2015). Com as crianças ocorreu treino de habilidades sociais com instruções, modelação, dramatização, ensaio comportamental e sistema de pontos para reforçar comportamentos socialmente adequados (ELKINS; BOND; CURTIS, 2019; HAACK *et al.*, 2017; HEATH *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2015).

O acréscimo de exercícios *mindfulness* no estudo de Gershy *et al.* (2017) consistiu em na terceira sessão da intervenção os pais do grupo com *mindfulness* começaram a receber 90 min. de exercícios de atenção plena e eram incentivados a praticar em casa, exercícios estes que eram para prestar atenção às emoções, observar e descrever. As outras técnicas utilizadas de atenção plena foram meditação como escaneamento corporal, comer com atenção, meditação de compaixão e autocompaixão, a saída do “piloto automático” na interação com a criança, que são reações realizadas sem a tomada de consciência (BEHBAHANI *et al.*, 2018) e retiro silencioso (MILLER; BROOKER, 2017).

2.1.4 Discussão

Com esta revisão caracterizou-se as publicações de janeiro de 2015 a dezembro de 2020 relacionadas ao treinamento parental comportamental com ou sem *mindfulness* para pais de crianças com TDAH. De acordo com os resultados encontrados, a maioria dos estudos selecionados para análise foram desenvolvidos utilizando protocolos de BPT, sendo que as técnicas comportamentais utilizadas são as mesmas dos programas citados (BARCKLEY, 2013; CUNNINGHAM; BREMMER; SECORD-GILBERT, 1998; WEBSTER-STRATTON, 1997; EYBERG, 1979; EYBERG; MATARAZZO, 1980; SANDERS, 1999). Os resultados

sinalizam a relevância para o desenvolvimento de melhores práticas parentais, o que favorece o gerenciamento de problemas de comportamento associados ao transtorno, de acordo com os resultados produzidos com as pesquisas sobre estes programas consolidados como tratamentos baseados em evidência.

De acordo com a pirâmide de evidências (LEONARDI, 2016) os ensaios clínicos randomizados (ECR) são delineamentos de pesquisa que produzem um grau de evidência maior do que os estudos com delineamento pré-teste e pós-teste apenas. Foram encontrados para este trabalho apenas três ECR's (BEHBAHANI *et al.*, 2018; CHACKO; SCAVENIUS, 2018; HAACK *et al.*, 2017), sendo um deles baseado em *mindfulness* (BEHBAHANI *et al.*, 2018). O que revela carência de pesquisas com maior rigor de evidências para treinamento de pais de crianças com TDAH com esta estratégia.

Não foi encontrado estudo que usasse ou desenvolvesse um programa que fosse específico apenas para o TDAH e que tivesse a finalidade primária de reduzir os sintomas. Todos se pautaram em treinar os pais e/ou as crianças para lidarem com as dificuldades associadas, como comprometimento acadêmico, tarefas domésticas, habilidades sociais e competências parentais e emocionais.

De acordo com o relato dos pais (principal forma de medida identificada) há também redução de sintomas de TDAH em alguns estudos como ocorreu em Behbahani *et al.* (2018), Elkins, Bond e Curtis (2019) e Heath *et al.*, (2015), no entanto, o mesmo não acontece quando os professores respondem sobre os sintomas das crianças (ELKINS; BOND; CURTIS, 2019). Um dado significativo foi o de Elkins, Bond e Curtis (2019) que evidenciou que a redução de problemas graves de oposição das crianças influencia o modo como os pais descrevem os sintomas de TDAH, mas não pode ser afirmado que de fato houve melhora no transtorno em si.

Outras considerações neste sentido são sobre o tamanho das amostras destas pesquisas que mostram redução nos sintomas, sendo de 43 participantes (HEATH *et al.*, 2015), 56 participantes (BEHBAHANI *et al.*, 2018) e 67 participantes (ELKINS; BOND; CURTIS., 2019). Além disso, não há especificação sobre a gravidade dos sintomas e se há diferenças entre os tipos predominantes. Por outro lado, Chacko e Scavenius (2018) com uma amostra de 161 participantes diz não haver redução significativa dos sintomas.

Os Estados Unidos continuam sendo o país que mais produziu neste período, enquanto nos outros países ocorreu a aplicação de intervenções que foram desenvolvidas por pesquisadores americanos. De acordo com os resultados destes trabalhos, pode-se perceber que o uso destas estratégias em outras culturas produz os mesmos dados, não tendo sido

identificadas diferenças neste sentido. No entanto, são necessárias mais pesquisas em outras culturas para ampliação dos achados, por exemplo não foi encontrado nada relacionado à América Latina.

Fora do ambiente acadêmico Chacko e Scavenius, (2018), Ciesielski *et al.* (2019) e Loren *et al.* (2015) indicam que mesmo na comunidade e em ambulatórios de saúde mental é possível a aplicação de BPTs e que ocorrem os mesmos resultados das pesquisas em ambientes mais controlados. No entanto, foram analisados apenas três textos com esta característica.

Os três artigos com *mindfulness* (BEHBAHANI *et al.*, 2018; MILLER; BROOKER, 2017; GERSHY *et al.*, 2017) tiveram 26, 38 e 56 participantes, respectivamente, em comparação, por exemplo, com o de Ciesielski *et al.* (2019) que contou com 304 participantes, no entanto este último não foi um ECR, enquanto o de BEHBAHANI *et al.*, (2018) foi. Pode-se perceber que neste recorte do tempo, pouco foi produzido sobre esta estratégia com amostras significativas e ECR's, embora o que foi mostrado indique efeitos positivos para os pais e para as crianças, inclusive melhora em desatenção. No entanto, não são conclusivos, o que mostra a necessidade de mais pesquisas relacionando *mindfulness* com a parentalidade e sintomas de TDAH. Ainda não há programas com evidências significativas consolidados como os de BPT que sejam específicos para o TDAH.

Esta revisão foi apenas um recorte temporal para caracterizar e identificar as publicações com esta temática e notou-se a necessidade de uma busca mais acurada do uso destas intervenções em outras culturas. Não foram encontrados registros da manutenção destas intervenções ao longo do tempo, tendo sido identificado apenas um estudo que acompanhou os participantes com sessões de reforço por um ano letivo das crianças.

As pesquisas com *mindfulness* precisam ser feitas com mais frequência, com grupos de participantes maiores e delineamento de ECR. Espera-se que esta revisão possa contribuir para futuras pesquisas de intervenção que visem esta população, principalmente utilizando *mindfulness*. Foi possível concluir que esta é uma área relevante e ainda em desenvolvimento, pois os estudos analisados indicaram melhora na saúde mental dos pais, parentalidade e problemas de comportamento com consistência, e controle de alguns sintomas de TDAH, mas com resultados pouco conclusivos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidencebased practice. **American Psychologist**, 61(4), 271-285, 2006.
- ANTSHEL, K. M. Psychosocial Interventions in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Update. **Child Adolesc Psychiatric Clin**, 24, 79-97, 2015.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.002>
- BARKLEY, R. A. **Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training**. 3ªed. The Guilford Press: New York, 2013.
- BARKLEY, R. A. **Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. The Guilford Press: New York/London, 2014.
- BEHBAHANI, M. *et al.* Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. **Iran J Med Sci.**, 43(6), 596-604, 2018.
- BOLEA-ALAMANAC, B. *et al.* Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, 28(3), 179–203, 2014. <https://dx.doi.org/10.1177/0269881113519509>
- CASSONE, A. R. Mindfulness Training as an Adjunct to Evidence-Based Treatment for ADHD Within Families. **Journal of Attention Disorders**, 19(2), 147-157,
<https://dx.doi.org/10.1177/1087054713488438>..
- CIESIELSKI, H. A.; LOREN, R. E. A.; TAMM, L. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. **Journal Attention Disorders**, 00(0), 1-10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054719843181>
- CHACKO, A.; SCAVENIUS, C. Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. **J Abnorm Child Psychol**, 46:505-517, 2018. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-017-0310-9>.
- CUNNINGHAM, C. E.; BREMMER, R. B.; SECORD-GILBERT, M. **COPE, the Community Parent Education Program: A school based family system oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders (Leader's manual)**. Hamilton, COPE Works, 1998.
- ELKINS, S. R.; BOND. M. A.; CURTIS, D. F. Do Comorbid Oppositional Symptoms Predict ADHD Behavioral Treatment Outcomes? **Child Psychiatry & Human Development**, 50, 918–926, 2019 <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00894-5>
- EVANS, S. W. *et al.* Developing coordinated, multimodal, schoolbased treatment for young adolescents with ADHD. **Education & Treatment of Children**, 29(2), 195–214, 2006.
- EYBERG, S. M. A parent–child interaction model for the treatment of psychological

disorders in early childhood. **Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association**, San Diego, CA, 1979.

EYBERG, S. M.; MATARAZZO, R. G. Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interaction training and parent group didactic training. **Journal of Clinical Psychology**, 36, 492–499, 1980.

GERSHY, N. *et al.* Randomized Clinical Trial of Mindfulness Skills Augmentation in Parent Training. **Child Youth Care Forum**, 46, 783-803, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s10566-017-9411-4>.

HAACK, L. M. *et al.* Parenting as a Mechanism of Change in Psychosocial Treatment for Youth with ADHD, Predominantly Inattentive Presentation. **Journal Abnorm Child. Psychol.**, 45, 841–855, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>, 45:841–855

HEATH, C. L. *et al.* The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. **Child Psychiatry Hum Dev**, 46, 118-129, 2015. <https://dx.doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2>.

HENNISSSEN, L. *et al.* Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. **CNS Drugs**, 31, 199-215, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7>

HUANG, Y. H. *et al.* Treatment effects of combining social skill training and parent training in Taiwanese children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Journal of the Formosan Medical Association**, 114, 260-267, 2015. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2012.10.019>.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-Based interventions in context: Past, present and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 10, 144–156, 2003. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>.

LANGBERG, J. M., *et al.* Efficacy of an organization skills intervention to improve the academic functioning of students with ADHD. **School Psychology Quarterly**, 23(3), 407-417, 2008.

LOREN, R. E. A. *et al.* (2015). Effects of an 8-session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children with ADHD on Child Impairment and Parenting Confidence. **Journal Attencion Disorder**, 19(2), 158-166, 2015. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054713484175>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, 17(4), 758-764, 2008.

MIKAMI, A, U. *et al.* (2010) Parental Influence on Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: II. Results of a Pilot Intervention Training Parents as Friendship Coaches for Children. **Journal Abnorm Child. Psychol.**, 38(6), 737-749, 2010. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9403-4>

MILLER, C. J.; BROOKER, B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, 28, 108-115, 2017. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.015>.

MOLINA, B. S. G. *et al.* The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. **Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 48(5), 484–500, 2009. <https://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>.

PELHAM, W.; HOZA, B. Intensive treatment: a summer treatment program for children with ADHD. In: HIBBS, E.; JENSEN, E. H. **Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice**. New York: APA Press; p. 311–40, 1996.

PIDANO, A.E.; ALLEN, A. R. The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. **Journal Child Fam Stud**, 24:1898–1916, 2015. <https://dx.doi.org/10.1007/s10826-014-9991-7>

RAJWAN, E. *et al.* Evaluating Clinically Significant Change in Mother and Child Functioning: Comparison of Traditional and Enhanced Behavioral Parent Training. **Journal Abnorm Child Psychol**, 42, 1407-1412, 2014. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9877-6>

SANDERS, M. R. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 2, 71–90, 1999.

STOREBØ, O. J. *et al.* Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. **BMJ**, 1-14, 2015. <https://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.h5203>

THORELL, L. B. The Community Parent Education Program (COPE): Treatment Effects in a Clinical and a Community-based Sample. **Clin Child Psychol Psychiatry**, 14, 373-387, 2009. <https://dx.doi.org/10.1177/1359104509104047>

VAN DER OORD, S.; BÖGELS, S. M.; PEIJNENBURG, D. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. **Journal Child Fam Stud**, 21, 139-147, 2012. <https://dx.doi.org/10.1007/s10826-011-9457-0>.

WEBSTER-STRATTON, C. From parent training to community building. **The Journal of Contemporary Human Services**, Families in Contemporary Society, 78(2), 156–171, 1997.

2.2 CAPÍTULO 2

Fatores psicossociais parentais no transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade: uma revisão

RESUMO

Fatores psicossociais associados aos pais de filhos com TDAH podem funcionar como risco ou proteção para os sintomas do transtorno e desenvolvimento de comorbidades, daí a relevância de compreendê-los. Assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar os fatores psicossociais associados aos pais de crianças e adolescentes com TDAH e descrever como são abordados na literatura, além de verificar se recebem alguma atenção específica. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados da Scielo e Periódicos Capes. Como resultado, os fatores identificados foram conflitos conjugais, estresse, depressão materna, alcoolismo paterno, TDAH parental, percepção de baixo suporte familiar e psicopatologia parental (sem especificações) e não houve nenhuma recomendação específica para tratamento dos pais. Recomenda-se um estudo de revisão mais abrangente e desenvolvimento de estratégias de cuidados aos pais.

Palavras-chave: TDAH; Família; Psicossocial; Saúde; Fator de Risco.

ABSTRACT

Psychosocial factors associated with parents of children with ADHD can act as a risk or protection for the symptoms of the disorder and the development of comorbidities, hence the importance of understanding them. Thus, the objective of this research was to identify the psychosocial factors associated with parents of children and adolescents with ADHD and describe how they are addressed in the literature, in addition to verifying whether they receive any specific attention. A narrative literature review was carried out in the Scielo and Capes Periodicals databases. As a result, the factors identified were marital conflicts, stress, maternal depression, paternal alcoholism, parental ADHD, perception of low family support and parental psychopathology (not specified) and there was no specific recommendation for parental treatment. A more comprehensive review study and development of parenting strategies is recommended.

Keywords: ADHD; Family; Psychosocial; Health. Risk Factor

2.2.1 Introdução

O contexto familiar de crianças e adolescentes é o ambiente primário em que ocorrerão as manifestações do comportamento, o modo como os pais gerenciam as demandas de seus filhos poderá funcionar como fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento deles (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005). Neste sentido, em uma perspectiva comportamental, os comportamentos são mantidos por suas consequências, e os pais são responsáveis por gerenciar parte delas que irão compor o repertório comportamental de seus filhos, sendo que o que fazem funcionam como antecedente e consequente, e assim é selecionado o repertório da criança. Desta forma, pais que dispõem de afeto, limites e modelos de forma habilidosa podem promover comportamentos pró-sociais (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2011).

Para que este manejo parental ocorra de forma promissora é necessária a ocorrência de comportamentos que sejam relevantes para o desenvolvimento infantil. No entanto, quando ocorre a presença de algum transtorno do neurodesenvolvimento fica mais evidente a necessidade de um gerenciamento parental mais específico para as dificuldades apresentadas pelas crianças, como quando existe o transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH).

Este transtorno se manifesta de algumas formas e, de acordo com a tipologia dos sintomas, pode ser do tipo desatento, do tipo hiperativo/impulsivo ou do tipo combinado (American Psychiatric Association, [APA], 2014). A forma mais grave de se manifestar, geralmente está associada a outras condições como o transtorno opositivo desafiador e comportamentos externalizantes e exige muito dos cuidadores em se tratando de limites, regras e disciplina (THEULE *et al.*, 2013).

Problemas de comportamento na infância estão relacionados com uma gama de dificuldades familiares, o TDAH prediz índices de estresse parental elevados e mais conflitos familiares em comparação com famílias em que este transtorno não é presente, principalmente quando predominam comportamentos externalizantes (BENCZIK, CASELLA, 2015; THEULE *et al.*, 2013). Também podem ocorrer mais brigas conjugais, violência (PIRES; SILVA; ASSIS, 2013), afastamento social (LANGE *et al.*, 2005), uso de práticas parentais mais negativas e percepção de baixo suporte social (REZENDE; CALAIS; CARDOSO, 2018).

Como a principal ferramenta de tratamento psicossocial deste transtorno é o treinamento parental, que consiste em instrumentalizar os pais a lidarem com os comportamentos problema por meio de técnicas comportamentais, torna-se relevante compreender quais dificuldades podem existir para engajamento neste processo e o que influencia resultados mais favoráveis. Babinski *et al.* (2018), Chronis-Tuscano *et al.* (2011),

Ddanforth (2016) e Dupaul *et al.* (2018) apontam algumas barreiras neste sentido que prejudicam a eficácia das intervenções.

Uma delas seria a baixa adesão aos programas, que pode estar relacionada com dificuldades como ir até aos locais das intervenções (DUPAUL *et al.*, 2018) e de aplicação das estratégias comportamentais fora do ambiente de pesquisa por pessoas leigas, tendo em vista que as intervenções têm caráter psicoeducativo de técnicas e procedimentos complexos (DDANFORTH, 2016; DUPAUL *et al.*, 2018). Outras seriam as de ordem psicológicas como TDAH dos pais (BABINSKI *et al.*, 2018; CHRONIS-TUSCANO *et al.*, 2011) e depressão materna (CHRONIS *et al.*, 2004).

Alguns destes programas apontam como resultados a redução de estresse e melhora na parentalidade (CIESIELSKI; LOREN; TAMM, 2019; HAACK *et al.*, 2017). No entanto, não apresentam como prioridade os fatores psicossociais associados aos pais, embora isto ocorra da forma secundária, haja visto que o objetivo primário destes programas é o tratamento do TDAH e das dificuldades comportamentais das crianças e adolescentes.

Salienta-se que não se pode afirmar que o TDAH é a causa de problemas psicossociais familiares e nem que estes são a causa do TDAH, embora se observe a associação entre estas variáveis em que uma pode gerar influência sobre a outra. Por isso a relevância de conhecer os fatores psicossociais e como eles se manifestam neste contexto, pois desta forma é possível desenvolver estratégias para estas famílias se engajarem nos treinamentos parentais e terem melhores condições de saúde. Pais com dificuldades psicossociais poderiam ter maiores barreiras para manejar o transtorno de seus filhos. Assim, o objetivo deste estudo foi buscar na literatura se essa questão recebe atenção, ou seja, quais os fatores psicossociais associados aos pais de crianças e adolescentes com TDAH e como são abordados no material consultado.

2.2.2 Método

Consistiu em uma revisão narrativa da literatura, que é uma forma de examinar bibliografias e não adota critérios delimitados e sistemáticos, pois consiste em uma seleção de material com o propósito de tecer reflexões acerca de um tema. Diferente das revisões sistemáticas e integrativas que buscam exame minucioso e uso de critérios bem definidos de busca e análise para verificar avanços e lacunas nas publicações e produzir evidências científicas, a revisão narrativa busca fazer mapeamentos, problematizações, críticas e propostas, além de possibilitar justificativas teóricas para estudo de um tema de acordo com materiais selecionados a critério de pesquisadores (VOSGUERAU; ROMANOWSKI, 2014).

De acordo com Vosguerau e Romanowski (2014) este caminho metodológico permite que ocorra estabelecimento de relações entre publicações de diferentes anos e identificação de temáticas recorrentes. Embora a seleção dos materiais de análise ocorra de forma arbitrária, permite a construção de reflexões críticas sobre um tema escolhido pelos pesquisadores o que foi o propósito deste capítulo.

O tema recorreu sobre fatores psicossociais, especificamente associados aos pais de crianças e adolescentes com TDAH. A busca foi realizada em um primeiro momento na base de dados eletrônicos Scielo que permite maior combinação com palavras-chave simultaneamente, mas como resultou em poucas publicações, o portal Periódicos Capes foi utilizado, pois oferece busca mais abrangente incluindo vários bancos de dados. Houve conexão por VPN institucional. As palavras-chave utilizadas foram: saúde, pais, TDAH, família, psicossocial e fatores de risco.

A combinação destas expressões ocorreu ora usando dois termos ora três termos, de acordo com a acessibilidade dos portais consultados e com termo booleano *and*. Outra estratégia utilizada para seleção de estudos foi considerar as referências dos manuscritos selecionados e se identificado algum trabalho de relevância com o tema ele foi utilizado para análise. Usou-se como filtro “qualquer” e “é exato” para a busca dos termos, publicações revisadas por pares, sem delimitação de tempo e na língua portuguesa ou inglesa.

O critério de inclusão dos artigos foi definido de acordo com a pertinência com o tema “fatores psicossociais associados a pais de filhos com TDAH”, focando estudos que mostraram variáveis psicossociais familiares relacionadas ao TDAH tanto em crianças quanto adolescentes.

2.2.2.1 Procedimento de análise

Após seleção dos estudos, os mesmos foram lidos, houve registro das principais informações em forma de fichamentos no Word, foram analisados de acordo com seus resultados e organizados em uma tabela (Tabela 1) que resumiu as principais informações como autores, ano de publicação, país, objetivos, método e principais resultados. Não foi objetivo esgotar a análise da literatura sobre o tema ou quantificar quantas publicações foram feitas a este respeito, apenas fazer reflexões e análises críticas sobre os pais de crianças com TDAH e fatores psicossociais a eles relacionados de acordo com estas publicações.

2.2.3 Resultados

Foram selecionados sete manuscritos de acordo com a relevância com o tema e objetivo. Eles estão resumidos na Tabela 6.

Tabela 6. Principais informações dos artigos analisados de acordo com autores, ano, país, revista, objetivos, método e principais resultados

Autores	Ano/País	Revista	Objetivos	Método	Principais Resultados
1.VASCON-CELOS <i>et al.</i>	2005, Brasil	Arquivos de Neuropsiquiatria	Analisar a contribuição dos fatores psicossociais para ocorrência do TDAH.	Estudo retrospectivo de casos- controles. Participaram 132 alunos de escola pública de 6 a 15 anos de idade. Como medidas utilizaram sintomas de TDAH e dados psicossociais.	Crianças expostas a brigas conjugais no passado correram o risco de 11, 66 vezes mais alto de serem diagnosticadas com TDAH.
2.HARPIN	2005, Reino Unido	Archives of Disease in Childhood	Analisar os impactos do TDAH ao longo da vida (pré-escola, escolar, vida adulta) e considerar os efeitos sobre a família e sociedade. Comorbidades e custos para saúde foram examinados.	Não descreveu o método, mas pareceu se tratar de revisão narrativa.	Destacou prejuízos significativos em todo curso de vida de uma pessoa com TDAH como <i>déficits</i> acadêmicos, sociais e familiares. Enfatizou a necessidade de tratamentos para minimizar danos para os indivíduos e sociedade. Mencionou a necessidade de apoio a família.
3.GUILHEME <i>et al.</i>	2007, Brasil	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Investigar aspectos conjugais em famílias com crianças com TDAH e relacionar com comorbidades, condições socioeconômicas e saúde mental dos pais.	Revisão sistemática da literatura	O relacionamento conjugal aparece comprometido em grande parte da literatura consultada, principalmente nos pais daquelas crianças que apresentam TOD e TC. Contudo, resultados opostos também foram encontrados.
4.DEAULT	2010, Canadá	Topics in Early Childhood	Compreender os fatores que influenciam o	Revisão sistemática de estudos empíricos.	Comportamentos opositores e problemas de conduta estão mais

		Special Education	TDAH com enfoque nas variáveis parentais.		fortemente associados a práticas parentais negativas, estresse parental e conflitos conjugais do que o TDAH isoladamente.
5.SECO <i>et al.</i>	2015, Espanha	Psychiatry Research	Analisar a associação entre sintomas psiquiátricos e de TDAH dos pais com a gravidade dos sintomas de TDAH de seus filhos.	Avaliou sintomas de psicopatologia parental e sintomas de TDAH nos filhos e houve cruzamentos estatísticos. Participaram 73 díades.	A gravidade do TDAH dos filhos foi correlacionada a psicopatologia materna, idade da criança e comorbidade com transtorno de conduta
6.REZEND; CALAIS; CARDOSO	2019, Brasil	Psicologia: Teoria e Prática	Caracterizar o estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar em pais de crianças com TDAH.	Avaliou sintomas de estresse, o estilo parental e percepção de suporte familiar em 42 pais de crianças com diagnóstico de TDAH por meio de relato. As medidas foram correlacionadas.	As mães apresentaram mais estresse do que os pais, as mães com estresse tinham estilo parental mais negativo e baixa percepção de suporte familiar. Quanto maior a idade da criança pior o estilo parental dos pais avaliados.
7.OLASHORE <i>et al.</i>	2020, África do Sul	South African Journal of Psychiatry	Determinar a prevalência do TDAH, comorbidades associadas e fatores de risco entre crianças em idade escolar em Botswana.	Usou desenho transversal, pais e professores responderam instrumentos sobre sintomas de TDAH e dados psicossociais. Houve análise de 1737 crianças.	A prevalência do TDAH foi de 12,3%, o tipo mais prevalente foi o desatento de 7,2%, história familiar de doença mental e complicações perinatais foram preditores para TDAH.

Fonte: Elaborado pela Autora

Nesta seleção houve duas publicações do ano de 2005, uma de 2007, 2010, 2015, 2019 e 2020. Quanto aos países os estudos foram três referentes ao Brasil, um do Reino Unido, Canadá, Espanha e África do Sul, o que revela a preocupação desta temática em várias localidades, sendo um problema de âmbito mundial, no entanto ainda que seja um recorte de textos para análise, indica escassez de publicações em todas as regiões. Foram considerados três estudos de revisão, pois trazem dados sintetizados da literatura de anos anteriores o que contribuiu para compilação dos elementos norteadores das respostas.

Na Tabela 7 constam os fatores psicossociais distribuídos de acordo com a direcionalidade de influência no TDAH. Ora sendo influenciado pelo transtorno e ora sendo o influenciador do curso do transtorno.

Tabela 7. Direcionalidade entre as variáveis analisadas: TDAH como influenciador dos fatores psicossociais e fatores psicossociais como influenciadores do TDAH

Estudo	TDAH influenciando os fatores psicossociais	Fatores psicossociais influenciando o TDAH
1.VASCON-CELOS <i>et al.</i>		Brigas conjugais como principal influenciador para o TDAH.
2.HARPIN	TDAH como gerador de prejuízos ao longo da vida nos âmbitos acadêmicos, sociais e familiares.	
3.GUILHE-ME <i>et al.</i>	Relacionamentos conjugais comprometidos em função da presença do transtorno.	TDAH agravado em função dos relacionamentos conjugais.
4.DEAULT		Práticas parentais como influenciadoras do TDAH.
5.SECO <i>et al.</i>		Sintomas psiquiátricos e de TDAH em pais como influenciadores do TDAH.
6.REZEND; CALAIS; CARDOSO	TDAH como influenciador de estresse, práticas parentais e percepção de suporte familiar.	
7.OLASHO-RE <i>et al.</i>		História familiar de doença mental como preditora para TDAH.

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com a literatura consultada os fatores psicossociais identificados foram: conflitos conjugais, estresse, depressão materna, TDAH parental, percepção de baixo suporte familiar e psicopatologia parental (sem especificações). Estes fatores serão discutidos a seguir nos subitens conflitos conjugais, estresse e psicopatologia parental. Não foi feito um subitem para cada fator, pois a discussão deles abarca os subitens escolhidos.

Conflitos conjugais

Guilherme *et al.* (2007) apontam que esta variável sozinha não é preditora da ocorrência de problemas de comportamento e TDAH, pois depende da combinação com outros fatores, como por exemplo, práticas parentais e saúde mental dos pais. Pode ser considerado um fator estressor e o modo como a família administra fatores estressores pode minimizar as influências geradas na criança. Assim, se a família passa por conflitos conjugais, mas conseguem ter comunicação com os filhos, evitam brigas na presença das crianças, dentre outros comportamentos que fazem parte do rol de práticas positivas, isto pode funcionar como efeito atenuante à situação aversiva dos conflitos conjugais.

O tipo predominante do transtorno quando hiperativo/impulsivo e quando associado ao transtorno desafiador opositivo (TOD) e transtorno de conduta (TC) também deve ser considerado quando se fala de conflitos conjugais associados aos TDAH, pois agravam-se as dificuldades. No entanto, sabe-se que um ambiente familiar com predomínio de práticas mais positivas está associado ao abrandamento dos sintomas, mudanças de curso do transtorno ao longo da vida e menor probabilidade de desenvolvimento das comorbidades como TOD e TC (GUILHERME *et al.*, 2007).

Algumas suposições que permanecem sem respostas e ainda precisam de mais investigações: 1) se os problemas conjugais seriam associados ao TDAH apenas quando ocorrem outros problemas externalizantes de comportamento; 2) se os problemas conjugais pré-existent influenciam os sintomas do TDAH e isso gera mais problemas conjugais; 3) se os sintomas de TDAH em um dos pais é mais relevante para problemas conjugais do que sintomas de TDAH nos filhos e 4) se a presença de ansiedade e depressão estão relacionadas ao TDAH dos filhos. Os autores concluem fazendo sugestões de estudos que poderiam mostrar se quando o TDAH dos filhos é tratado e ocorrem melhoras significativas, os conflitos conjugais também melhorariam indiretamente, ou se um tratamento voltado para os conflitos conjugais influenciaria o curso no TDAH (GUILHERME *et al.*, 2007).

No estudo de Vasconcelos *et al.* (2005) as variáveis brigas conjugais no passado, separação dos pais e violência entre os pais estiveram relacionadas ao TDAH na criança. No entanto, consideram o tamanho reduzido da amostra e por isso fizeram vários testes estatísticos com a finalidade de ver a consistência entre as variáveis observadas e o que se mostrou mais consistente foi “brigas conjugais no passado” como preditoras para sintomas de TDAH. Desta forma, consideraram esta variável como um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno e os fatores de risco possuem efeitos cumulativos, a somatória de mais fatores aumenta significativamente as chances de desenvolvimento dos sintomas e agravamentos dos quadros clínicos.

Outro autor que mencionou as questões conjugais associadas ao TDAH foi Harpin (2005), para o qual as tensões familiares podem levar ao divórcio. As tensões familiares salientadas pelo autor foram o modo como os filhos demandam atenção dos pais, as dificuldades de sono das crianças, dificuldade dos pais terem tempo para si próprios, a redução das interações sociais da família e a recusa de familiares em ajudar e ficar com a criança. Estes fatores podem ocorrer com mais frequência em famílias em que o TDAH é presente. Quando não cuidadas as tensões podem ir se agravando com o tempo e as separações acontecem. Diante deste contexto, se não manejado de forma protetora para a criança, pode ocorrer piora do transtorno e desenvolvimento das comorbidades.

Tanto em Guilherme *et al.* (2007), como em Vasconcelos *et al.* (2005) e Harpin (2005) foi pontuado que os conflitos conjugais não são causadores do TDAH, mas podem ser considerados fator de risco para agravamento do transtorno. Além disso, devem ser considerados outros fatores que irão aumentar a probabilidade destas tensões familiares ocorrerem, como a presença de TC e TOD. Deault (2010) ressaltou a ocorrência de conflitos conjugais de forma mais frequente em famílias com presença não apenas de TDAH, mas também de TC e TOD em comparação com famílias em que havia apenas TDAH e famílias sem presença de transtorno.

Estresse

Harpin (2005) e Guilherme *et al.* (2007) mencionam a presença de estresse parental desde os anos iniciais das crianças com TDAH, pois a agitação motora excessiva faz com que os pais tenham que ser mais insistentes com seus filhos para fazer com que cumpram com as tarefas cotidianas, o que pode ser fator estressor. Deault (2010) destacou que em estudos que compararam famílias de crianças com TDAH apenas, com TDAH mais comorbidades (TOD e TC) e com crianças típicas, o estresse é associado, de forma mais consistente, nas famílias com comorbidades em comparação às famílias apenas com o TDAH.

Para Deault (2010), os sintomas de TDAH podem ser muito variáveis em sua manifestação, intensidade e gravidade. As amostras selecionadas de pesquisas na área, muitas vezes, são heterogêneas e por isso a necessidade de fazer estudos separando grupos apenas com TDO e apenas com TDAH. Desta forma seria possível identificar em que medida o estresse parental diferencia nestes grupos, haja vista que sintomas leves do transtorno ou do tipo desatento, podem não ser fontes de estresse como ocorre com o tipo hiperativo/impulsivo e de alta gravidade.

O estresse também foi citado por Rezende, Calais e Cardoso (2019), os quais mostraram que na amostra selecionada esta variável foi presente nas mães, mas não na figura paterna, destacando a diferença do gênero na sintomatologia. Além disso, o estilo parental e percepção de suporte familiar teve correlação com o estresse materno, mostrando a influência entre estas variáveis: quanto pior o estresse, pior o estilo parental e mais baixa a percepção de suporte familiar.

Da mesma forma que Deault (2010) tratou a respeito da gravidade do estresse parental em ambientes com comorbidades, essa relação apareceu quando se trata de práticas parentais. Práticas parentais mais negativas podem estar mais associadas com sintomas de oposição e problemas de conduta do que com o TDAH isoladamente, tanto para práticas maternas quanto paternas, elas foram registradas tanto em estudos de relato como em estudos observacionais e as conclusões foram as mesmas, ou seja, são mais negativas mediante sintomas de oposição e de problemas de conduta do que do TDAH.

Psicopatologia parental

A psicopatologia parental pode ser de vários tipos e os textos selecionados ora especificaram o tipo ora não especificaram, o que deixa a análise dos dados com limitações, pois cada psicopatologia se manifesta de uma forma e gera inúmeras consequências no âmbito familiar. Dentre aqueles que não especificaram, Deault (2010) referiu que a psicopatologia parental pode estar mais associada com sintomas de oposição e problemas de conduta do que com o TDAH isoladamente, mas em um estudo mais recente, Olashore *et al.* (2020) indicaram que houve uma prevalência maior de TDAH em famílias com histórico de alguma doença mental do que em famílias sem este histórico.

Dentre os que especificaram algum tipo de transtorno mental, Vasconcelos *et al.* (2005) mencionaram que a depressão materna esteve correlacionada ao diagnóstico de TDAH, no entanto este dado não se mostrou muito consistente, os autores salientam para limitações quanto ao tamanho da amostra e o mesmo ocorreu quando consideraram etilismo na mãe. Outro aspecto considerado foi o TDAH nos pais. De acordo com Seco *et al.* (2015) há necessidade de se considerar a herdabilidade do transtorno, isto significa que muitos pais que procuram ajuda para seus filhos também têm TDAH e isso pode influenciar o modo como irão aproveitar os treinamentos parentais. Além disso, quando ocorre TDAH nos pais existe mais um fator de

risco que irá influenciar na dinâmica de funcionamento familiar que pode ser prejudicada, na utilização de práticas parentais e na formação de vínculo com a criança.

Destacam que o TDAH parental é pouco estudado e existe pouca atenção à psicopatologia parental, o que deveria receber mais cuidado nos protocolos de intervenção, pois pode influenciar a eficácia dos programas. Na amostra de Deault (2010), Olashore *et al.* (2020) e Seco *et al.* (2015) houve altos níveis de psicopatologia no passado e, no presente, sintomas de TDAH nos pais, mas o que mostrou significância com a gravidade dos sintomas de TDAH dos filhos foi o histórico de psicopatologia materna.

Recomendações oferecidas mediante os fatores psicossociais identificados

Os autores não propuseram tratamentos novos voltados para as demandas identificadas, mas fizeram recomendações pautadas no que se conhece sobre a necessidade de atenção a pessoas que sofrem de algum destes aspectos destacados. Houve também direcionamentos quanto a futuras pesquisas na área.

Deault (2010) recomenda considerar os problemas da dimensão familiar para a concepção de propostas de intervenções psicossociais para sustentar um ambiente familiar promissor para o desenvolvimento. Salientam a necessidade de psicoterapia para os pais que muitas vezes precisam lidar com a depressão, estresse, o próprio TDAH, que impactam no bem-estar individual e familiar, além de influenciar o desempenho parental.

Guilherme *et al.* (2007) não recomendam tratamentos específicos, mas propõem pesquisas para verificar lacunas do seu estudo, como se houver tratamento dos sintomas de TDAH dos filhos, ocorrerão mudanças de forma indireta nos conflitos conjugais. Ou se os conflitos conjugais receberem intervenção, ocorrerá melhora nos sintomas de TDAH de forma indireta. São pontuações que cabem pesquisas acadêmicas, que visam isolar variáveis para testar efeitos de intervenções, e assim poder ter dados mais robustos sobre como os conflitos conjugais estão relacionados ao TDAH.

Vasconcelos *et al.* (2005) indicam a necessidade de rastreio de fatores de risco psicossocial para o TDAH o que ajuda a pensar nos fatores de proteção, mas não fazem recomendações quanto as possibilidades de atenção para os fatores que foram identificados em seu estudo. Harpin (2005) apenas destaca a necessidade de tratamento padrão (medicamentoso e treinamento parental) para o TDAH para redução de danos individuais e sociais.

Seco *et al.* (2015) destacam a importância de detectar os sintomas dos pais para prognósticos dos filhos. Os pais da amostra selecionada estavam com acompanhamento

terapêutico e os autores levantaram a hipótese que isso pode ter atenuado os efeitos dos sintomas de TDAH parental na gravidade do TDAH de seus filhos. Explicam que rastrear os sintomas dos pais permite a construção e diretrizes de saúde a eles e consideram que pacientes com TDAH, devido a persistência dos sintomas ao longo da vida, mesmo que se estabilizem ou tenha regressão parcial, devem ser acompanhados frequentemente.

Rezende, Calais e Cardoso (2019) também referem a necessidade de considerar as variáveis psicossociais como estresse, estilo parental e suporte familiar nos momentos de triagem e considerá-las quando for feita a orientação parental, mas não recomendam nenhum tipo de intervenção específica para estas demandas. Do mesmo modo, Olashore *et al.* (2020) sugerem exames de triagem para verificar a saúde mental da família e para detecção precoce e assim pensar em formas de melhorar a qualidade de vida destas pessoas, mas não sugeriram o modo de fazer isso.

2.2.4 Discussão

Nota-se que os estudos analisados procuram associação entre variáveis psicossociais na presença do TDAH. Apenas em Deault (2010) houve discriminação da gravidade destas variáveis mediante outras complicações de comportamento como em TC e TOD, mostrando que a presença isolada de sintomas de TDAH pode não se associar aos aspectos psicossociais mencionados. É importante considerar que problemas de comportamento de modo geral se manifestam de forma multideterminada diante de várias possibilidades de fatores de risco (BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009) e, não necessariamente, isto signifique que exista um transtorno do neurodesenvolvimento. Também problemas de comportamento podem ter correlação com as variáveis psicossociais citadas.

No entanto, o TDAH em si e práticas parentais negativas poderiam ser uma combinação de fatores de risco para o desenvolvimento de TC e TOD. Se as práticas parentais da família tendem a ser negativas antes mesmo da existência de um transtorno, quando o transtorno acontece os problemas poderiam se agravar. Diante este contexto, outras dimensões também se agravam como os conflitos conjugais, estresse parental, depressão e outros. Não há como averiguar o que começa este ciclo, se o TDAH, se a existência pretérita de pouca habilidade em parentalidade, se a depressão materna ou se conflitos conjugais. Além disso, o TDAH dos pais pode ser frequente em função da alta herdabilidade o que seria outra variável a se considerar neste ciclo de problemas.

Embora não se saiba como estas variáveis se relacionam exatamente, sabe-se que podem ser fatores de risco e que a somatória desses fatores potencializa os problemas. Destacando como um dos problemas o TDAH e alta probabilidade de desenvolvimento de comorbidades (APA, 2014), é de suma importância o rastreo destas variáveis psicossociais, tendo em vista que os pais é que irão ser responsáveis pelo manejo comportamental de seus filhos.

Foi possível descrever como os fatores psicossociais se relacionam com o TDAH de acordo com a direcionalidade das influências geradas e de acordo com a forma como cada autor mencionou no estudo. O TDAH foi considerado como influenciador dos fatores psicossociais em três estudos (GUILHERME *et al.*, 2007; HARPIN, 2005; REZENDE, CALAIS E CARDOSO, 2019), foi salientado que gera prejuízos acadêmicos, sociais e familiares, ou compromete as relações conjugais e pode gerar estresse, práticas parentais negativas e percepção de baixo suporte social. Os fatores psicossociais foram apontados como influenciadores do TDAH em cinco estudos (DEAULT, 2010; GUILHERME *et al.*, 2007; OLASHORE *et al.*, 2020; SECO *et al.*, 2015; VASCONCELOS *et al.*, 2005) correlacionados com brigas conjugais, práticas parentais ou sintomas psiquiátricos na família.

Não foi identificado nenhum tratamento específico ou protocolos de saúde que possam ser usados para pais nestas condições, o que pode ser necessário desenvolver para se dar atenção a outras dimensões da vida além dos problemas de comportamento e TDAH. As recomendações identificadas corresponderam a psicoterapia individual ou atenção nas entrevistas de triagem quanto a estes fatores que podem predizer o prognóstico da criança.

2.2.5 Conclusões/Recomendações

Foi possível concluir que os fatores psicossociais descritos foram vistos como de risco e receberam várias ponderações ao serem analisados de modo isolado. O TDAH é um transtorno bem documentado como neurobiológico, com alta herdabilidade de fatores genéticos para sua ocorrência, as condições psicossociais são consideradas como fonte de agravamento ou melhora dos quadros clínicos.

O tratamento consiste em medicamento e treinamento parental, mas nem sempre os pais respondem aos programas, devido aos fatores citados. Desta forma, merecem mais investigações, análises e recomendações sobre como minimizar o baixo desempenho nestes programas. Com estes dados é notória a necessidade de mais estudos com esta temática em três

vertentes: caracterização, direcionalidade da relação fatores psicossociais e TDAH e delineamento e testes de programas de intervenção.

Houve dificuldade em encontrar pesquisas com o foco nos aspectos psicossociais apenas, a grande maioria dos estudos sobre TDAH tem como foco protocolos de intervenções em treinamento parental, medicação e sobre as bases neurobiológicas o que deixa os dados sobre este aspecto mais fortes. No entanto, vale ressaltar mais investigações sobre os fatores de risco psicossociais e como a combinação entre riscos psicossociais e variáveis orgânicas agravam o curso do transtorno.

De acordo com as referências consultadas, foi possível notar que a descrição de fatores psicossociais parentais na literatura referente ao TDAH tem ocorrido ao longo do tempo, o recorte feito mencionou publicações de 2005, 2007, 2010, 2015, 2019 e 2020 e referentes a cinco países. Como recomendação para futuros estudos fica a sugestão de uma revisão sistemática com um recorte temporal mais abrangente, para que se possa identificar se há outros fatores que não foram abordados neste trabalho e como se associam ao TDAH.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BENCZIK, E. B. P.; CASELLA, E. B. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Revista de Psicopedagogia**, 32(97), 93-103, 2015.
- BABINSKI, D. E. *et al.* Behavioral Observations of Parents With ADHD During Parent Training. **Journal of Attention Disorders**, 22(13), 1289–1296, 2018. <https://doi.10.1177/10870547155808>
- BOLSONI-SILVA, A. T.; PAIVA, M. M.; BARBOSA, C. G. Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. **Psicologia Clínica**, 15(2), 169-184, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652009000100012>
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. **Paideia**, 21(48), 61-71, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100008>
- CHRONIS, A. M. *et al.* Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 7, 1–27, 2004. <https://10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4>
- CHRONIS-TUSCANO, A. *et al.* The relation between maternal ADHD symptoms and improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 39, 1047-1057, 2011. <https://doi:10.1007/s10802-011-9518-2>
- CIESIELSKI, H. A.; LOREN, R. E. A.; TAMM, L. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. **Journal Attention Disorders**, 00(0), 1-10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054719843181>
- DEAULT, L. C. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). **Child Psychiatry Hum Dev**, 168-192, 2010. DOI <https://10.1007/s10578-009-0159-4>
- DUPAUL, G. J. *et al.* Promoting Parent Engagement in Behavioral Intervention for Young Children With ADHD: Iterative Treatment Development. **Topics in Early Childhood Special Education**, 38(1), 42-53, 2018. <https://doi.org/10.1177/0271121417746220>

GUILHERME, P. R. *et al.* Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56(3), 201-207, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300008>.

HAACK, L. M. *et al.* Parenting as a Mechanism of Change in Psychosocial Treatment for Youth with ADHD, Predominantly Inattentive Presentation. **J Abnorm Child Psychol**, 45, 841–855, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>,45:841–855

HARPIN, V. A. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. **Archives of Disease in Childhood**, 2005. <https://doi:10.1136/adsc.2004.059006>

PIRES T. O.; SILVA C. M. F. P.; ASSIS, S. G. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers’ and teachers’ views. **BMC Psychiatry**, 13(215), 1–9, 2013. <https://doi:10.1186/1471-244X-13-215>

REZENDE, F. P.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Prática**, 21(2), 134-152, 2018. <https://doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171>

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, 10(2), 209-2016, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>

SECO F. L. *et al.* Maternal psychiatric history is associated with the symptom severity of ADHD in offspring. **Psychiatry Research**, 507-512, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.010>

THEULE, J. *et al.* Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, 21, 3–17, 2013. <https://dx.doi.org/10.1177/1063426610387433>

LANGE, G. *et al.* Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. **Journal of Family Therapy**, 27, 76-96, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x>

OLASHORE, A. A. *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder in school-age children in Gaborone, Botswana: Comorbidity and risk factors. **South African Journal of Psychiatry**, 1-7, 2020. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v26i0>

VASCONCELOS, *et al.* Contribuição dos fatores de risco Psicossociais para o transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivo Neuropsiquiatria**, 63(1), 68-74, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000100013>

2.3 CAPÍTULO 3

Intervenção em grupo para mães de crianças com Transtorno de *Déficit* de Atenção e Hiperatividade

RESUMO

Pais de crianças com TDAH são vistos como parceiros nos processos de intervenção para o transtorno. Nota-se a necessidade de atenção especial aos pais, com ferramentas que possam proporcionar a eles suporte emocional. Há escassez na literatura sobre programas que envolvam estratégias comportamentais e de *mindfulness* voltadas especialmente a esta população. O objetivo deste estudo foi descrever os efeitos de uma intervenção em grupo, pautada na Análise do Comportamento e em *mindfulness*, para 14 mães de crianças com TDAH. Para comparar os efeitos da intervenção e avaliar sua manutenção, foram usados Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, Inventário de Estilos Parentais, Escala de Percepção de Suporte Social, Questionário Escolar e familiar – Crianças e Adolescentes (levantamento de indicativos de Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade), Escala de Avaliação ASRS-18 - Adultos e questionários. Os instrumentos serviram como medidas de pré-teste, pós-teste e de *follow-up* (após sete meses de intervenção). O delineamento consistiu em um estudo quase-experimental com medidas repetidas em pré-teste, pós-teste e *follow-up*. Foram formados quatro grupos, sendo divididos aleatoriamente em grupos de intervenção (G1 e G2) - receberam a intervenção primeiro - e grupos de espera (G3 e G4) - receberam a intervenção depois de G1 e G2, sendo controle de G1 e G2. Para análise dos dados, houve comparação das medidas de pré-teste, pós-teste e *follow-up* de cada grupo e, também, comparação entre grupos. Como principais resultados a intervenção proporcionou aumento de práticas parentais positivas principalmente nos fatores disciplina relaxada ($p=0,007$), abuso físico ($p=0,002$) e total do IEP ($p=0,01$) para o grupo intervenção. No grupo controle, o fator punição inconsistente ($p=0,016$) foi o que

apresentou significância estatística. Além disso, houve relato de uso de componentes de *mindfulness* pelas mães.

Palavras-chave: TDAH; Grupo; Estresse; Apoio; Pais; Relações Parentais.

ABSTRACT

Parents of children with ADHD are seen as partners in intervention processes for the disorder. There is a need for special attention to parents, with tools that can provide them with emotional support. There is a scarcity in the literature on programs involving behavioral and mindfulness strategies aimed especially at this population. The aim of this study was to describe the effects of a group intervention, based on Behavior Analysis and mindfulness, for 14 mothers of children with ADHD. To compare the effects of the intervention and assess its maintenance, the Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, Inventário de Estilos Parentais, Escala de Percepção de Suporte Social, Questionário Escolar e familiar – Crianças e Adolescentes (levantamento de indicativos de Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade), Escala de Avaliação ASRS-18 - Adultos and questionnaires. The instruments served as pre-test, post-test and follow-up measures (after seven months of intervention). The design consisted of a quasi-experimental study with repeated measures in pre-test, post-test and follow-up. Four groups were formed and randomly divided into intervention groups (G1 and G2) - they received the intervention first - and waiting groups (G3 and G4) - they received the intervention after G1 and G2, with control for G1 and G2. For data analysis, there was a comparison of pre-test, post-test and follow-up measures of each group and also comparison between groups. As main results, the intervention provided an increase in positive parenting practices, especially in the factors relaxed discipline ($p=0.007$), physical abuse ($p=0.002$) and total IEP ($p=0.01$) for the intervention group. In the control group, the inconsistent punishment factor ($p=0.016$) was the one with statistical significance. In addition, there was a report of the use of mindfulness components by mothers.

Keywords: ADHD; Group; Stress; Support; Country; Parental Relations.

2.3.1 Introdução

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que acarreta prejuízos em várias dimensões da vida, como social, acadêmica e emocional. As pessoas que vivem com este transtorno sentirão suas consequências ao longo de todo o desenvolvimento humano, pois não há cura, embora possa haver remissão parcial dos sintomas (APA, 2014).

Além das consequências para as pessoas com o TDAH, há também aquelas desencadeadas nos familiares das crianças, por exemplo, altos níveis de estresse parental (BARGAS; LIPP, 2013; REZENDE; CALAIS; CARDOSO, 2019; YOUSEFIA; FAR; ABDOLAHIN, 2011), dificuldades em colocar regras, limites e disciplinas de forma positiva, uso constante de punições até físicas (BARGAS; LIPP, 2013; FRASSETO; BRAKOS, 2010; HAND *et al.*, 2013; WOODMAN; MAWDSLEY; HAUSER-CRAM, 2015). Muitos pais relatam não se sentirem capazes de manejar estas demandas, sentem-se impotentes diante dos filhos e acabam deixando a criança fazer o que quiser, o que agrava ainda mais os sintomas do TDAH (BECNCZIK; CASELLA, 2015).

Pais de crianças com qualquer dificuldade no desenvolvimento estão em maior risco de apresentar estresse (WOODMAN; MAWDSLEY; HAUSER-CRAM, 2015). Para Woodman, Mawdsley e Hauser-Cram (2015) as dificuldades na relação pais e crianças com problemas de comportamento tendem a perdurar por toda a infância e adolescência. Assim, seria relevante intervenções que possam minimizar estas dificuldades, pois crianças com TDAH apresentam formas de agir que exigem habilidades específicas dos pais.

Em grupos de apoio voltados para família, independente de qual seja o motivo pelo qual houve a formação, há a possibilidade por parte dos pais de enfrentamento de situações adversas com mais confiança, troca de experiências, promoção de reflexões, alívio de estresse e ansiedade (REZENDE; YAMADA; MORETTIN, 2015). Nesse sentido, Savoia e Bernik (2010) mencionam que uma grande vantagem da terapia de grupo é a formação de uma situação social na qual a pessoa está constantemente exposta. Assim, o terapeuta possui uma condição

melhor de observar os comportamentos de cada um na ocasião em que ocorrem. Desta forma, o direcionamento é embasado naqueles conteúdos que os participantes levam e, muitas vezes, eliciados no momento da troca com o outro.

Na revisão sistemática sobre tratamentos para TDAH de crianças e adolescentes, Evans, Owens, Bunford (2018) constataram que os programas de treinamento parental comportamental e gestão comportamental em sala de aula são tratamentos baseados em evidências para o transtorno, com pesquisas experimentais suficientes que sustentam a eficácia do tratamento. No entanto, os pais são treinados para gerir o comportamento dos filhos e não é relatado que recebam algum tipo de suporte emocional para suas próprias demandas. Assim a formação de grupos para pais com o caráter de apoio psicológico, orientação e terapêutico, torna-se estratégia que precisa de mais evidências para verificar o quanto podem auxiliar em demandas emocionais parentais por meio, principalmente, da troca de experiência e suporte mútuo como ocorreu no estudo de Rezende, Morettin e Yamada (2016).

Para Daly *et al.* (2007), o atendimento de pais em grupo deveria ser algo prioritário no tratamento do TDAH, pois proporciona, em muitos casos, redução dos sintomas de TDAH, melhora em habilidades parentais, relato de redução de angústia pelos pais e aumento de competência parental. No Reino Unido, diretrizes para tratamento do TDAH incluem a formação de grupo de pais, sendo eficazes para que os pais possam lidar com as dificuldades das crianças com o transtorno.

Com o objetivo de verificar o custo e efetividade da intervenção em grupo com pais de crianças com TDAH ou risco para o transtorno, por meio de um facilitador e material de apoio do tipo cartilha, Sayal *et al.* (2016) desenvolveram grupos, com foco em informação e suporte sobre o TDAH. As estratégias foram distribuídas em três sessões de duas horas, consistiram em fazer os pais administrar reforço positivo aos comportamentos adequados da criança, gestão de comportamentos difíceis por meio de *time out* e perda de privilégios; melhoria da relação pais/filhos com estimulação da autoestima, redução de monitoria negativa e escuta ativa da criança. Os resultados indicaram que não houve melhoras nos sintomas das crianças, mas os pais relataram significativa melhora em sua saúde mental.

Em outro estudo, Hand *et al.* (2013) mostraram que um grupo para pais de crianças com problemas comportamentais, com e sem dificuldades de desenvolvimento, se mostrou uma ferramenta que proporcionou reduções nos problemas de conduta da criança, diminuição de estresse e aumento de confiança nos pais. O estudo sugere que a intervenção foi mais eficaz para pais de crianças apenas com problemas comportamentais ao se comparar com pais de crianças com dificuldades no desenvolvimento.

Na China, Leung *et al.* (2015) indicaram que o grupo de pais de crianças com TDAH, denominado *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* - terapia de interação pais-filho – foi eficaz para diminuição do comportamento de desatenção da criança, melhora no estresse dos pais e redução de práticas parentais negativas com aumento das práticas parentais positivas. No contexto chinês, a intervenção em grupo *Level 4 Group Positive Parenting Program (Triple P)*, para pais de crianças com TDAH, também foi avaliada por Au *et al.* (2014) e trouxe evidências de melhoras nos comportamentos das crianças e melhora da eficácia dos pais. Esta estratégia revelou que compreensão e empatia, controle emocional e persistência na aplicação de práticas parentais positivas são elementos essenciais para ajudar os pais e as crianças a terem mudanças significativas.

Leung *et al.* (2016) testaram a eficácia do *Happy Parenting*, outra intervenção de grupo para pais de crianças com dificuldades no desenvolvimento, concluíram que houve diminuição nos comportamentos problema das crianças, diminuição do estresse parental e redução de estratégias de disciplina disfuncional. Desta forma, nota-se evidências de que grupo de pais pode ser um elemento relevante para a melhoria da saúde mental dos pais e comportamentos das crianças.

Portanto, diante as possibilidades de intervenções em grupos para pais e carência de estudos que unam estratégias comportamentais com *mindfulness* que sejam pautadas em promover não apenas competências parentais, mas apoio emocional, foi criada uma intervenção com componentes da análise do comportamento e de *mindfulness* (descrita detalhadamente em Apêndice H) para proporcionar aumento de práticas parentais positivas, redução de estresse, aumento de contato social e estabelecimento de fonte de apoio por meio de um grupo. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever os efeitos desta intervenção para mães de crianças com diagnóstico de TDAH em práticas parentais, estresse, percepção de suporte social e uso de estratégias de *mindfulness* que configuraram as variáveis dependentes deste estudo. A hipótese foi de que a intervenção em grupo auxiliaria no aumento do uso de práticas parentais positivas, proporcionaria redução de estresse nos pais e favoreceria o contato social.

2.3.2 Método

Trata-se de um estudo quase-experimental com formação de grupo intervenção e controle do tipo Pré-Intervenção-Pós e *follow-up* após sete meses, de amostra não probabilística e intencional.

2.3.2.1 Participantes

Houve manifestação de interesse de 42 pais, mas compareceram para a avaliação inicial de pré-teste 23 pais. Concluíram a intervenção e responderam as medidas de pós-teste 14 mães e entregaram as medidas de *follow-up* 12 mães. O critério de inclusão foi serem pais de crianças de 6 a 12 anos com diagnóstico médico confirmado de TDAH, fazendo ou não uso de medicamentos.

2.3.2.2 Local

A coleta de dados pré-teste e pós-teste e o grupo ocorreram em sala de atendimento de grupo na Unesp/Bauru, Centro de Psicologia Aplicada (CPA). A coleta dos dados de *follow-up* ocorreu na casa dos participantes que concordaram em responder, mudança necessária devido a pandemia de COVID-19 que impossibilitou o agrupamento de pessoas na universidade.

2.3.2.3 Instrumentos

Foram utilizados os instrumentos discriminados a seguir.

Ficha de dados sociodemográfico (ANEXO B), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000), Inventário de Estilos Parentais (IEP) (GOMIDE, 2006), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A) (CARDOSO; BAPTISTA, 2016), Escala de Avaliação *Adult Self-Report Scale* (ASRS)-18, Questionário Escolar e familiar – Crianças e Adolescentes (SNAP-IV), Questionário de Triagem (APÊNDICE B), Questionário de Avaliação do Grupo (APÊNDICE C), Questionário de Avaliação da Intervenção (APÊNDICE D) e Questionário de *follow-up* (APÊNDICE E).

A Ficha de dados sociodemográficos foi utilizada com o objetivo de caracterizar os participantes, e era composta de perguntas que abrangiam estado civil, idade, filhos, escolaridade, saúde, trabalho e religião.

No ISSL (LIPP, 2000) encontram-se 53 itens sobre sintomas físicos e psicológicos do estresse desde o último mês até as últimas 24 horas. Os participantes devem assinalar os sintomas que apresentaram. Em relação às últimas 24 horas há 12 questões sobre sintomas

físicos e 3 questões sobre sintomas psicológicos; quanto à última semana são 10 questões sobre sintomas físicos e 5 sobre sintomas psicológicos e referente ao último mês há 12 questões sobre sintomas físicos e 11 sobre sintomas psicológicos. Os participantes devem assinalar os sintomas que apresentaram. Podem não apresentar estresse, apresentar e serem classificados em quatro fases, a de alerta, de resistência, de quase exaustão e exaustão, com predominância de sintomas psicológicos ou físicos.

O IEP (GOMIDE, 2006) é composto de 42 afirmativas, que devem ser assinaladas indicando a frequência com que os pais emitem o comportamento parental, em uma escala *Likert* de três pontos (sempre = 2, às vezes = 1 ou nunca = 0). Aborda duas práticas educativas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico) distribuídas espaçadamente ao longo do inventário e para cada prática há seis afirmativas. A aplicação pode ser feita com o pai ou com a mãe que respondem sobre como percebem suas práticas educativas em relação ao filho. O filho também pode responder ao instrumento sobre como percebe as práticas de seus pais.

O instrumento irá indicar um índice de estilo parental de acordo com a somatória de práticas positivas menos a somatória das práticas negativas, pode variar de -60 a +24. Quanto mais negativo o índice, mais ocorrem práticas parentais negativas e quanto mais positivo o índice, mais ocorrem práticas parentais positivas. Este índice fornecerá o percentual do IEP que levará a classificação em estilo parental ótimo, regular acima da média, regular abaixo da média ou de risco. O estilo ótimo sinaliza para presença marcante de práticas parentais positivas e ausência de negativas; o regular acima da média mostra que há presença de prática parentais positivas e negativas, mas as positivas são mais frequentes e recomenda-se aprimoramento parental; o regular abaixo da média, mostra que ocorrem muitas práticas negativas e poucas positivas e recomenda-se treinamento parental e o de risco pode sinalizar pouca ou nenhuma presença de práticas positivas e o uso de muitas práticas negativas e recomenda-se participação em intervenções parentais (GOMIDE, 2006).

O EPSUS-A (CARDOSO; BAPTISTA, 2016) - versão adulta - avalia o quanto as pessoas percebem as relações sociais em quatro dimensões de suas vidas, contém 36 afirmativas que devem ser assinaladas de acordo com uma escala *Likert* de quatro pontos (nunca = 0, poucas vezes = 1, muitas vezes = 2 e sempre = 3). A dimensão 1 refere-se ao afetivo e possui 17 itens da escala, a dimensão 2 sobre interações sociais conta com cinco itens, a dimensão 3 é a instrumental e tem sete itens e a dimensão 4 sobre enfrentamento de problemas tem sete itens. A somatória para cada dimensão e o total indicarão o quanto a pessoa percebe suas relações

sociais, podendo ser classificado em baixo, médio-baixo, médio-alto e alto. Quanto mais alto, melhores são as relações sociais percebidas pelos participantes.

A Escala ASR-18 (MATTOS *et al.*, 2006) corresponde aos sintomas de TDAH descritos no DSM-V para adultos, serve para uma primeira detecção dos sintomas, mas não deve ser a única forma para o diagnóstico do transtorno. É composta de duas partes, a parte “A” descreve sintomas de desatenção e contém nove itens e a parte “B” descreve sintomas de hiperatividade/impulsividade também com nove itens. As respostas são dadas de acordo com uma escala *Likert* de quatro pontos (nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, frequentemente = 3 e muito frequentemente = 4), se houver pelo menos quatro respostas assinaladas em frequentemente e muito frequentemente em cada uma das partes é possível haver chances de TDAH.

O SNAP-IV (ABDA, 2015) é um questionário de rastreio de sintomas de TDAH em crianças, se baseia nos critérios diagnósticos do DSM-IV e deve ser utilizado apenas como ponto de partida. É composto por 18 itens que descrevem os sintomas de TDAH, os itens de um a nove correspondem a desatenção e os itens de dez a dezoito correspondem a hiperatividade/impulsividade. Os pais assinalam em uma escala de gravidade dos sintomas que são “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. Se houver seis ou mais sintomas assinalados em “bastante” ou “demais” nos itens de um a nove, há presença de desatenção mais do que esperado para idade e se houver seis ou mais sintomas assinalados em “bastante” ou “demais” nos itens de dez a dezoito, há presença de hiperatividade/impulsividade mais do que esperado.

O Questionário de Triagem criado para esta pesquisa buscou levantar as expectativas dos pais em relação à participação no grupo e questões que puderam nortear o desenvolvimento das estratégias de intervenção e contou com dez questões de múltipla escolha. O Questionário de Avaliação do Grupo também instituído para o projeto consistiu em 10 questões abertas para os pais descreverem como foi participar e o que puderam aprender e o Questionário de *follow-up*, com sete questões abertas, foi utilizado para que os pais descrevessem como ficaram após sete meses de intervenção, abordou questões sobre uso de estratégias comportamentais e de *mindfulness*. Questionário de Avaliação da Intervenção foi usado para assinalar: muito satisfatório, satisfatório, pouco satisfatório e não satisfatório nas afirmativas referentes ao funcionamento, estrutura e objetivos do grupo da intervenção.

2.3.2.4 Procedimentos

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (Parecer Nº 1.184.997e CAAE 46210915.1.0000.5398) foi iniciado o processo de recrutamento dos pais. A intervenção foi divulgada nas escolas públicas e particulares de uma cidade do interior do estado de São Paulo, contou com auxílio das coordenadoras para indicarem o programa para os pais das crianças matriculadas que tinham o diagnóstico de TDAH, foi entregue um panfleto informativo (APÊNDICE A) para este propósito. Houve divulgação nas redes sociais da pesquisadora utilizando-se o recurso de impulsionamento da publicação de um folder informativo igual ao panfleto deixado nas escolas. Este processo ocorreu entre os dias 13 de maio a 13 de junho de 2019.

Os pais que se manifestaram foram orientados sobre os procedimentos e com a concordância por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) foi iniciada a aplicação dos instrumentos antes da formação dos grupos. Todos os cuidados éticos foram tomados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

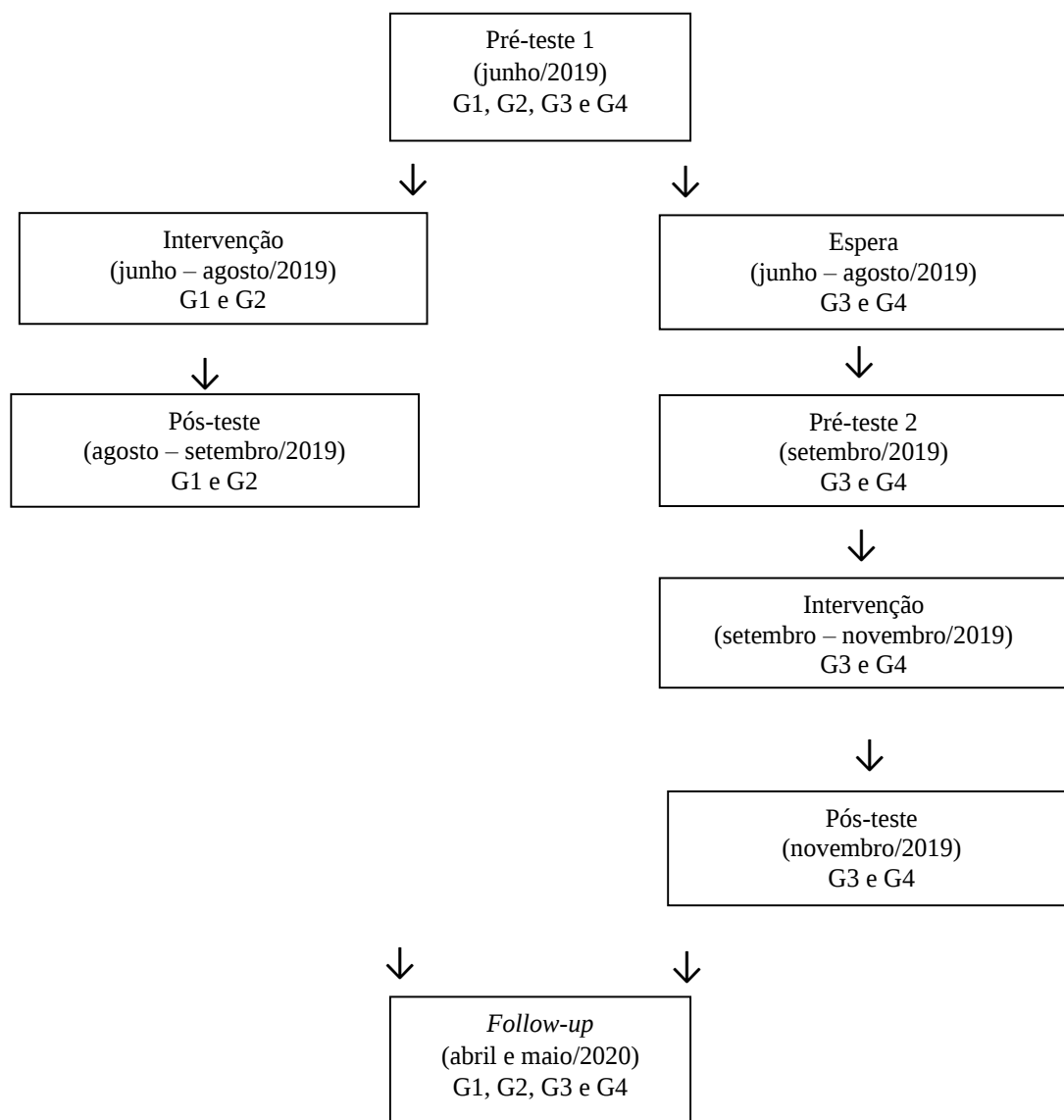
Os 23 participantes que deram início, foram alocados em quatro grupos aleatoriamente, respeitando a ordem de inscrição para serem classificados como grupo intervenção e controle. Os que se inscreveram primeiro foram alocados em Grupo Intervenção (GI: G1 e G2) que receberam a intervenção de junho a setembro de 2019. Grupo Controle (GC: G3 e G4) ficaram como espera e receberam a intervenção de setembro a novembro de 2019. Os dados do *follow-up* foram coletados em junho de 2020. A forma como foram alocados está ilustrada na Tabela 8.

Tabela 8. Alocação dos participantes em GI e em GC, divisão por subgrupos e quantidade de participantes em cada subgrupo

GI		GC	
G1 (N=4)	G2 (N=5)	G3 (N=3)	G4 (N=2)
P1	P5	P10	P13
P2	P6	P11	P14
P3	P7	P12	
P4	P8		
	P9		

Fonte: Elaborado pela Autora

Após a alocação nos grupos iniciou-se o processo de avaliação e intervenção. As etapas da intervenção e o período em que ocorreu estão no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Etapas da Intervenção

Fonte: Elaborada pela Autora

A aplicação dos instrumentos na fase de pré-teste foi realizada em horário combinado com os pais em sala de atendimento propícia e ocorreu com todos participantes do GI e do GC. Os instrumentos foram respondidos de forma coletiva, com explicação de acordo com cada manual e para que respondessem a ficha de dados sociodemográficos. A sequência de aplicação dos instrumentos foi: Questionário de Triagem, Ficha de dados sociodemográficos, ISSL, IEP, EPSUS- A, ASRS-18 e SNAP-IV. A duração da aplicação foi de 90 minutos. Terminada essa fase inicial, os participantes foram orientados sobre início do procedimento na semana seguinte, o GC aguardou a finalização da intervenção com GI e depois respondeu

novamente os instrumentos (ISSL, IEP, EPSUS- A, ASRS-18 e SNAP-IV) formando nova linha de base.

Houve nove encontros, uma vez por semana com duração de 120 minutos cada um. Os títulos temáticos referentes a cada dia foram: Apresentação e psicoeducação sobre Atenção Plena e TDAH; Sair do piloto automático na convivência com a criança com TDAH; Ações efetivas – treino de práticas parentais: limites, instruções e regras; Ações efetivas - treino de práticas parentais: uso do *time out*, reforçamento e punição; Regulação do estresse: aprendendo a relaxar; Aceitação: criança idealizada x criança real; Regulação das emoções; Aprimorando habilidades I e Aprimorando habilidades II. De forma resumida, todos os encontros foram iniciados com entrega de um resumo com as atividades do dia (APÊNDICE F), depois era introduzida a prática de meditação, discussão das tarefas, desenvolvimento do tema com psicoeducação e/ou, e trocas de experiências e finalização com meditação e orientações para tarefas. O Quadro 1 resume os temas abordados por encontro e principais estratégias adotadas.

Quadro 1. Resumo dos encontros e as principais estratégias utilizadas em cada um deles

Encontros	Temas	Procedimentos
1	Apresentação e psicoeducação sobre Atenção Plena e TDAH	• Metáfora da máscara de oxigênio • Desmistificação de TDAH e Meditação • Exercício de respiração de 3 min
2	Sair do piloto automático na convivência com a crianças com TDAH	• Troca de experiências sobre “reações automáticas” com a criança • Prática do P.A.R.A.R
3	Ações efetivas – treino de práticas parentais: limites, instruções e regras	• Meditação de bondade amorosa • Troca de experiências sobre dificuldade em colocar limites • Identificação e formulação de regras • Uso de “Comandos efetivos”
4	Ações efetivas – treino de práticas parentais: uso do <i>time out</i> , reforçamento e punição	• Meditação de bondade amorosa • Troca de experiências sobre desobediências e quebra de limites • Troca de experiências sobre uso de violência como forma de educar • Uso de <i>time out</i>
5	Regulação do estresse: aprendendo a relaxar	• Prática de relaxamento • Identificação de necessidades das mães • Troca de experiências sobre rotina estressante • Uso de escala para mensurar estresse

6	Aceitação: criança idealizada x criança real	• Prática de relaxamento • Analogia com história sobre expectativa materna do desempenho do filho • Discussão sobre postura não julgadora e como evitar julgamentos
7	Regulação das emoções	• Meditação de bondade amorosa • Metáfora “regar as flores” e “dois lobos” • Descrição de emoções
8	Aprimorando habilidades I	• Revisão dos tópicos anteriores • Suporte para dúvidas
9	Aprimorando habilidades II	• Revisão dos tópicos anteriores • Suporte para dúvidas

Fonte: Elaborado pela Autora

Após o último encontro, os participantes passaram pela avaliação de pós-teste, responderam novamente aos mesmos instrumentos utilizados no pré-teste, com exceção do questionário de triagem, e responderam aos questionários de avaliação do grupo. O *follow-up* ocorreu após seis meses de intervenção: as mães foram contatadas para poderem responder, mas não houve aplicação coletiva desta vez, devido a pandemia de COVID19, que impossibilitou a reunião de pessoas. A aplicação foi individual na casa das participantes que aceitaram responder.

O GC recebeu a intervenção assim que foi finalizado o procedimento com o GI, mas antes responderam pré-teste novamente. O GC concluiu o programa após dois meses, respondeu pós-teste e *follow-up* da mesma forma que GI. Para todos os grupos, no *follow-up* houve a inclusão de um novo questionário com questões abertas para descrever aspectos do uso das estratégias ensinadas ao longo deste tempo. O Quadro 2 mostra uma síntese dos instrumentos utilizados em cada fase de avaliação e quando cada grupo participou.

Quadro 2. Síntese do período de avaliação em cada etapa do procedimento, instrumentos utilizados e momento de resposta de cada grupo

	Pré-Teste 1 (junho/2019)	Pós-teste (agosto- setembro/2019)	Pré-teste 2 (setembro/2019)	Pós-teste (novembro/2019)	<i>Follow-up</i> (abril- maio/2020)
Instrumentos	Questionário de Triagem Ficha de dados sociodemográficos ISSL	ISSL IEP EPSUS- A ASRS-18 SNAP-IV	ISSL IEP EPSUS- A ASRS-18 SNAP-IV	ISSL IEP EPSUS- A ASRS-18 SNAP-IV	ISSL IEP EPSUS- A ASRS-18 SNAP-IV

	IEP EPSUS- A ASRS-18 SNAP-IV	Questionário de avaliação do grupo Questionário de avaliação da intervenção		Questionário de avaliação do grupo Questionário de avaliação da intervenção	Questionário de <i>follow-up</i>
Grupos	G1, G2, G3 e G4	G1 e G2	G3 e G4	G3 e G4	G1, G2, G3 e G4

Fonte: Elaborado pela Autora

2.3.2.5 Análise dos dados

Os instrumentos foram apurados de acordo com orientação de cada manual e organizados em tabelas para a análise estatística pelo software SPSS – 18, que auxiliou nas comparações dos dados pré-teste, pós-teste, *follow-up* e entre os grupos. O Questionário de Avaliação da Intervenção foi apurado e um levantamento de frequência geral indicou a satisfação com que os pais avaliaram cada tópico do instrumento referente ao grupo.

Para apuração dos relatos obtidos pelos questionários houve análise de conteúdo de acordo com a estratégia de Bardin (1977). A medida qualitativa das entrevistas proporcionou informação a mais em relação aos outros instrumentos, contribuindo com as avaliações sobre se a intervenção em grupo gerou mudanças.

A Análise de Conteúdo permite que ocorra uma interpretação dos dados de forma controlada baseada em inferências com uso de procedimentos sistematizados (BARDIN, 1977). Desta forma, para esta pesquisa, as respostas ao questionário foram tratadas da seguinte forma:

- leitura flutuante: primeira leitura para se ter uma ideia do que está escrito
- organização sistemática das unidades temáticas: recorte de trechos das falas que indicam sentido para o que foi perguntado e que representam um tema
- enumeração das unidades temáticas: foi utilizado critério de frequência, ou seja, contagem de quantas vezes as unidades temáticas apareceram nas falas das participantes

2.3.3 Resultados

Finalizaram o estudo 14 mães e a caracterização das participantes de acordo com perfil sociodemográfico está na Tabela 9.

Tabela 9. Dados socioeconômicos das participantes do GI e GC de acordo com estado civil, idade, escolaridade, profissão e renda familiar

Grupo	Participantes	Estado civil	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda familiar
G1 (GI)	P1	Casada	42 anos	2º grau completo	Estudante	1 a 3 salários
	P2	Casada	36 anos	Superior completo	Design de Interiores	3 a 5 salários
	P3	Divorciada	35 anos	2º grau completo	Técnico de enfermagem	1 a 3 salários
	P4	Casada	37 anos	2º grau completo	Locação de brinquedos para festas	1 a 3 salários
G2 (GI)	P5	Casada	41 anos	2º grau completo	Doméstica	3 a 5 salários
	P6	Casada	44 anos	Superior completo	Farmacêutica	3 a 5 salário
	P7	Casada	37 anos	Superior completo	Professora	3 a 5 salários
	P8	Casada	35 anos	Superior completo	Professora/neur opsicopedagoga	1 a 3 salários
	P9	Divorciada	43 anos	Pós-graduação	Psicóloga	Mais de 10 salários
G3 (GC)	P10	Casada	39 anos	Superior Completo	Fisioterapeuta	De 5 a 7 salários
	P11	Casada	35 anos	2º grau completo	Dona de casa	De 1 a 3 salários
	P12	Casada	34 anos	2º grau completo	Dona de casa	De 1 a 3 salários
G4 (GC)	P13	Casada	52 anos	2º grau completo	Auxiliar de DP/costureira	De 3 a 5 salários
	P14	Casada	56 anos	Superior completo	Aposentada	De 3 a 5 salários

Fonte: Elaborado pela Autora

Duas participantes eram divorciadas, com idade variando de 34 anos a 56 anos, seis tinham curso superior e seis tinham renda entre um e três salários. O perfil referente às crianças está descrito na Tabela 10.

Tabela 10. Caracterização dos filhos das participantes de acordo com idade, sexo, tempo de diagnóstico e se fazem uso de medicação

Grupo	Participantes	Idade da criança	Sexo	Diagnóstico	Tempo de Diagnóstico	Uso de medicação
G1 (GI)	P1	6 anos	M	Combinado	2 meses	Sim
	P2	8 anos	M	Desatento	1 ano e 2 meses	Não
	P3	8 anos	M	Combinado	3 anos	Sim
	P4	10 anos	M	Hiperativo	3 meses	Sim
G2 (GI)	P5	8 anos	M	Combinado	1 ano	Sim
	P6	8 anos	M	Combinado	6 meses	Sim
	P7	7 anos	F	Desatento	2 meses	Sim
	P8	8 anos	M	Combinado	1 ano	Sim
	P9	12 anos	M	Combinado + TOD	6 meses	Sim
G3 (GC)	P10	8 anos	M	Desatento	2 anos	Não
	P11	12 anos	M	Combinado	3 anos	Sim
	P12	10 anos	F	Hiperativo	3 anos	Sim
G4 (GC)	P13	7 anos	F	Combinado	2 meses	Sim
	P14	8 anos	M	Hiperativo + TOD	1 ano	Sim

Fonte: Elaborado pela Autora

Nesta amostra, a idade das crianças variou de 6 a 12 anos, 11 eram do sexo masculino, oito tinham diagnóstico do tipo combinado, o menor tempo de diagnóstico foi de dois meses e de maior tempo foi de três anos e 12 deles faziam uso de alguma medicação para o transtorno.

De acordo com as respostas dadas na entrevista de triagem, a respeito do que as participantes sabiam sobre TDAH, as respostas mais frequentes foram “o tratamento pode ser medicamentoso e psicossocial” e “envolve sintomas de desatenção e /ou hiperatividade impulsividade que pode trazer prejuízos para a vida das crianças”. As maiores dificuldades com as crianças assinaladas pelas mães foram “não sei o que fazer com a agressividade”, “não sei fazer com que me obedeça” e “não sei como colocar regras e limites”.

Sobre o que sentem em relação aos seus filhos, “cansaço” e “tristeza” foram os itens mais assinalados. As participantes se qualificaram em seus papéis como mães e a resposta mais marcada foi “acredito que tenho que mudar alguns aspectos do meu comportamento”. Sobre o quanto gostariam de modificar na relação como seus filhos a maioria assinalou que “muito”.

Quanto ao relacionamento familiar a resposta mais frequente foi que está “bom”. As participantes também responderam se recebiam algum tipo de ajuda emocional ou financeira de amigos ou familiares quando necessário, sete delas disseram receber e sete disseram que

não. Foi perguntado se elas se sentiam estressadas, 13 responderam que sim e uma respondeu que às vezes.

De acordo com análise estatística inferencial com teste *t* de medidas repetitivas realizada para comparação das medidas nos momentos de pré-teste e pós-teste os resultados indicaram significância em estilos parentais. Estes dados podem ser visualizados no Quadro 3.

Quadro 3. Comparação das médias no pré-teste 1 e pós-teste do GC e no pré-teste e pós-teste do GI de acordo com o teste *t* de medidas repetitivas que indica diferenças entre as médias após intervenção

Instrumentos	Fatores	Grupo Intervenção				Grupo Controle			
		Média (DP)		t	p	Média (DP)		t	p
		Pré	Pós			Pré 1	Pós		
IEP	1	11,11 (0,92)	11,44 (0,52)	- 1,15	0,282	10,20 (1,48)	10,00 (1,87)	0,27	0,799
	2	11,11 (1,05)	11,33 (1,41)	- 0,68	0,512	9,00 (2,00)	8,80 (4,08)	- 0,16	0,880
	3	4,44 (2,12)	4,11 (1,83)	0,63	0,545	4,80 (1,30)	4,00 (1,00)	4,00*	0,016
	4	2,67 (1,50)	3,44 (2,18)	- 1,17	0,274	2,80 (1,78)	2,40 (1,51)	0,59	0,589
	5	3,33 (3,24)	2,22 (2,86)	3,59**	0,007	5,00 (1,73)	4,60 (2,07)	0,59	0,587
	6	6,78 (1,78)	5,33 (1,32)	2,09	0,069	6,80 (0,44)	6,20 (2,58)	0,48	0,656
	7	4,67 (2,91)	3,44 (2,50)	4,40**	0,002	4,60 (1,14)	3,60 (2,60)	1,41	0,230
	Total	38,89 (26,66)	54,44 (31,46)	- 3,38*	0,010	23,00 (18,90)	36,00 (30,08)	- 1,81	0,144
ISSL	Pontuação	37,22 (23,95)	32,44 (26,21)	0,84	0,421	21,20 (29,10)	8,40 (18,78)	0,70	0,519
EPSUS-A	1	27,11 (11,09)	28,22 (9,17)	- 0,57	0,582	30,20 (13,29)	33,40 (12,28)	- 1,04	0,354
	2	6,22 (2,53)	6,00 (2,44)	0,29	0,777	7,20 (3,70)	7,00 (2,44)	0,19	0,854
	3	8,00 (6,08)	8,11 (4,51)	- 0,15	0,884	6,80 (2,16)	10,80 (3,19)	- 2,08	0,106
	4	8,67 (4,87)	9,44 (4,03)	- 0,53	0,606	10,20 (5,71)	11,40 (3,64)	- 0,78	0,477
	Total	50,00 (22,2)	52,2 (18,01)	- 0,53	0,610	54,60 (24,21)	62,60 (18,48)	- 1,20	0,294
SNAP	1	6,67 (2,17)	6,78 (3,45)	- 0,15	0,880	5,80 (3,76)	3,60 (3,28)	2,06	0,374
	2	6,89 (2,42)	6,11 (3,40)	0,81	0,439	3,80 (3,27)	4,80 (3,83)	- 0,87	0,360
ASRS	1	14,67 (10,66)	9,78 (8,68)	1,47	0,594	4,60 (8,70)	8,80 (10,75)	- 1,03	0,178
	2	7,00 (5,89)	6,22 (5,49)	0,36	0,724	2,80 (4,38)	11,00 (11,46)	- 1,34	0,249

Fonte: Elaborado pela Autora

* $p < 0,050$; ** $p < 0,010$

Legenda: IEP fator 1 = monitoria positiva, fator 2= comportamento moral, fator 3 = punição inconsistente, fator 4 = negligência, fator 5 = disciplina relaxada, fator 6 = monitoria negativa e fator 7 = abuso físico. EPSUS-A fator 1 = afetivo, fator 2 = interações sociais, fator 3 instrumental e fator 4 = enfrentamento de problemas.

SNAP fator 1 = desatenção e fator 2 = hiperatividade
 ASRS fator 1 = desatenção e fator 2 = hiperatividade

Esta análise mostrou que houve redução de disciplina relaxada, abuso físico e uma melhora na pontuação total no IEP no grupo intervenção o que indica melhora em práticas parentais com significância estatística. No grupo controle, houve redução em punição inconsistente com significância estatística.

Analizando cada uma das medidas e suas médias nos momentos de pré-teste, pós teste e *follow-up* e comparando GC com GI, foi possível descrever de modo mais detalhado como cada uma destas variáveis foram influenciadas. Em relação ao ISSL, as mudanças estão na Tabela 11.

Tabela 11. Médias da pontuação total do inventário de stress (ISSL) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

	Pré-teste	Pré-teste 2	Pós-teste	<i>Follow-up</i>
GI				
Média	37,22		32,44	15,50
Desvio padrão	23,95		26,21	19,08
Mínimo	8		0	0
Máximo	75		67	58
GC				
Média	21,20	8,40	0	2,00
Desvio padrão	29,11	18,78	0	4,00
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	56	42,00	0	8,00

Fonte: Elaborado pela Autora

O GI teve redução na medida geral de estresse após a intervenção e uma redução mais acentuada no *follow-up*. Em relação ao GC, houve redução de estresse mesmo sem a intervenção (com a passagem do tempo) e após a intervenção os níveis de estresse zeraram. No entanto aumentaram, embora em números menores que antes da intervenção, no *follow-up* de GC. GI e GC se comportaram de formas distintas em relação ao estresse, mas em ambos houve redução após a intervenção de acordo com os dados brutos. Em relação ao IEP foi feita a mesma comparação, estes dados podem ser vistos na Tabela 12.

Tabela 12. Médias da pontuação total do inventário de estilos parentais (IEP) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

	Pré-teste	Pré-teste 2	Pós-teste	<i>Follow-up</i>
GI				
Média	38,89		54,44	58,75
Desvio Padrão	26,667		31,469	25,036
Mínimo	5		5	25
Máximo	75		95	95
GC				
Média	23,00	36	48	41,25
Desvio Padrão	18,908	30	34,93	33
Mínimo	10	5	10	5
Máximo	55	74	90	80

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com estes dados, tanto o GI quanto o GC obtiveram aumento nos percentuais totais do IEP após a intervenção, o que sinaliza para melhora em práticas parentais, tornando-se mais frequentes as práticas parentais positivas do que as negativas. O GC teve aumento no percentual mesmo sem a intervenção (com a passagem do tempo), no entanto, teve um aumento maior após a intervenção. No *follow-up*, a média de GI aumentou e a média de GC diminuiu, mas não voltou aos resultados dos pré-testes. Os dados da EPSUS-A foram analisados da mesma forma e estão distribuídos na Tabela 13.

Tabela 13. Médias da pontuação total da escala de percepção de suporte social (EPSUS-A) do GI e GC no pré-teste, pós-teste e *follow-up*

	Pré-teste	Pré-teste 2	Pós-teste	<i>Follow-up</i>
GI				
Média	55,00		52,22	52,50
Desvio Padrão	22,232		18,019	21,341
Mínimo	24		33	17
Máximo	91		78	76
GC				
Média	54,60	62,60	53,20	62,25
Desvio Padrão	22,214	18,40	12,68	4,99
Mínimo	26	38	38	55
Máximo	86	85	72	66

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com estes dados, o GC teve um aumento em percepção de suporte social sem a intervenção, mostrando efeitos de outras variáveis nesta medida. O aumento que o GI

teve após o procedimento foi menor em comparação com o aumento que teve o GC no pré-teste 2. Além disso, a média do GC diminuiu após a intervenção e aumentou no *follow-up*. O aumento que o GI teve se manteve no *follow-up*. Quanto ao SNAP-IV que avalia sintomas de TDAH nas crianças, a comparação dos dados está na Tabela 14 e Tabela 15.

Tabela 14. Médias da pontuação total do questionário de levantamento de sintomas de TDAH nas crianças (SNAP-IV) do GI e GC no pré-teste, pré-teste2, pós-teste e *follow-up* referente aos sintomas de hiperatividade

	Pré-teste (hiperatividade)	Pré-teste 2 (hiperatividade)	Pós-teste (hiperatividade)	<i>Follow-up</i> (hiperatividade)
GI				
Média	6,89		6,11	5,00
Desvio Padrão	2,421		3,408	2,619
Mínimo	2		0	1
Máximo	9		9	9
GC				
Média	3,80	4,80	2,80	4,75
Desvio Padrão	3,27	3,83	3,35	3,09
Mínimo	0	0	0	2,00
Máximo	9	9,00	8	9,00

Fonte: Elaborado pela Autora

Os dados do SNAP-IV mostram que no GI os sintomas de hiperatividade diminuíram no *follow-up*. Os sintomas de hiperatividade do GC sofreram alterações mínimas nos quatro momentos de avaliação, aumentou do pré-teste 1 para o pré-teste 2, diminuiu no pós-teste e aumentou no *follow-up* com média próxima a linha de base do pré-teste 2 e maior do que no pré-teste 1. As médias do GI foram maiores do que do GC. A Tabela 15 mostra os dados referentes a desatenção.

Tabela 15. Médias da pontuação total do questionário de levantamento de sintomas de TDAH nas crianças (SNAP-IV) do GI e GC no pré-teste, pré-teste2, pós-teste e *follow-up* referente aos sintomas de desatenção

	Pré-teste (desatenção)	Pré-teste 2 (desatenção)	Pós-teste (desatenção)	<i>Follow-up</i> (desatenção)
GI				
Média	6,67		6,78	5,13
Desvio Padrão	2,179		3,456	3,314
Mínimo	2		0	0
Máximo	9		9	9
GC				
Média	5,80	3,60	4,20	7,25
Desvio Padrão	3,77	3,29	3,42	1,50
Mínimo	0	0	0	5,00
Máximo	9	7,00	7	8,00

Fonte: Elaborado pela Autora

Os dados do SNAP-IV mostram que no GI os sintomas de desatenção diminuíram no *follow-up*. No GC houve diminuição de sintomas de desatenção no pré-teste 2 (com passagem do tempo) e houve aumento no pós-teste, mas não igual ao avaliado no pré-teste inicial e houve um aumento maior ainda no *follow-up*. As médias do GI foram maiores do que do GC exceto no *follow-up*. Em relação ao ASRS-18, que avalia sintomas de TDAH nas mães, os dados estão distribuídos nas Tabelas 16 e 17.

Tabela 16. Médias da pontuação total do questionário de sintomas de TDAH dos pais (ASRS-18) do GI e GC no pré-teste, pré-teste 2, pós-teste e *follow-up* referente aos sintomas de hiperatividade

	Pré-teste (hiperatividade)	Pré-teste 2 (hiperatividade)	Pós-teste (hiperatividade)	<i>Follow-up</i> (hiperatividade)
GI				
Média	7		6,22	6,00
Desvio Padrão	5,89		5,49	6,14
Mínimo	0		0	0
Máximo	16		18	15
GC				
Média	2,80	11,00	1,80	2,25
Desvio Padrão	4,38	11,46	2,68	1,50
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	10	29	6	3,00

Fonte: Elaborado pela Autora

No GI, os sintomas de hiperatividade diminuíram, tanto no pós-teste quanto no *follow-up*. No GC houve aumento do pré-teste inicial para o pré-teste 2 e diminuição no pós-teste, no *follow-up* houve aumento, mas a média permaneceu menor do que a do pré-teste 2. As médias do GI foram maiores do que do GC e permaneceram mais constantes. A Tabela 17 mostra os dados referentes aos sintomas de desatenção.

Tabela 17. Médias da pontuação total do questionário de sintomas de TDAH dos pais (ASRS-18) do GI e GC no pré-teste, pré-teste 2, pós-teste e *follow-up* referente aos sintomas de desatenção

	Pré-teste (desatenção)	Pré-teste 2 (desatenção)	Pós-teste (desatenção)	<i>Follow-up</i> (desatenção)
GI				
Média	14,67		9,78	10,13
Desvio Padrão	10,66		8,68	5,49
Mínimo	0		0	0
Máximo	27		22	25
GC				
Média	4,60	8,80	5,4	5,25
Desvio Padrão	8,71	10,76	8,05	7,088
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	20	21	18	15

Fonte: Elaborado pela Autora

No GI, os sintomas de desatenção diminuíram no pós-teste e aumentaram um pouco no *follow-up*, mas continuou menor do que no pré-teste. No GC, os sintomas de desatenção aumentaram nas medidas de pré-teste 2 e diminuíram no pós-teste. No entanto, os sintomas de desatenção foram menores no pré-teste inicial. No *follow-up*, houve diminuição dos sintomas, continuaram menores do que no pré-teste 2, mas maiores que no pré-teste 1.

Além desta análise estatística, houve a análise de conteúdo (BARDIN, 1977) do questionário utilizado no pós-teste para avaliação da intervenção. Esta análise resultou em nove unidades temáticas e, para uma visualização deste dado, houve agrupamento de acordo com cada uma delas e a distribuição da frequência com que apareceram nas falas. Estas unidades temáticas apareceram em função das perguntas feitas no questionário, podendo a mesma aparecer em mais de uma questão. As questões são consideradas como as unidades contextuais. No Quadro 4 está a distribuição referente aos dados do pós-teste e GI e GC.

Quadro 4. Unidades temáticas referentes ao pós-teste de GI e GC (N=14)

Unidades temáticas	Frequência
1.Troca de experiência: falaram sobre o grupo proporcionar trocas de ideias e vivências entre os participantes	11
2.Ter apoio: quando grupo foi descrito como fonte de suporte e apoio, sentir-se pertencendo, ver que existem pessoas com os mesmos problemas	15
3.Comportamento <i>mindfulness</i> : quando descreveram comportamentos relacionados com relaxar, sair do automático, estar mais ciente e conectada com o filho, mais regulação emocional, mais aceitação	29
4.Sentir menos estresse: relato de estar se sentindo menos estressada	12
5.Compreensão sobre o TDAH e comportamento de crianças com o transtorno: quando falam que entendem mais sobre o transtorno e problemas de comportamento	23
6.Lidar com familiares: quando dizem que ficou mais fácil lidar com a família	8
7.Práticas parentais positivas: relato de práticas positivas como não bater, conversar mais	16
8.Querer que o grupo durasse mais tempo	9
9. Críticas sobre algum aspecto da intervenção	2

Fonte: Elaborado pela Autora

Tanto no GI quanto no GC houve as mesmas unidades temáticas referentes à entrevista de pós-teste e a que mais foi frequente foi referente a comportamento *mindfulness*. A seguir algumas falas que representam esta unidade:

“Agora sei respirar, parar e ver antes de agir, sair do piloto automático e tento ser mais positiva”, aceito que posso fazer o melhor para o meu filho. Quando respiramos temos tempo para pensar e agir...” (D.)

“Aprendi a equilibrar as emoções minhas e dele” (C.)

“Consigo parar e pensar” (A.A.)

“Ajudou em muitos pontos sobre paciência, reflexão, equilíbrio” e a ter controle, superar alguns medos...” (A.C.)

“Aprendi a ter tempo correto para agir, sou mais atenciosa” (A.C.)

Nestas falas é possível observar que as participantes descrevem classes de comportamentos que foram ensinados por meio dos recursos de *mindfulness*, como conseguir dar pausas para respirar, pensar antes de agir e dar mais atenção para a criança. Além disso, outra unidade que foi mais frequente foi compreensão sobre o TDAH e comportamento de crianças com o transtorno, algumas falas que representam esta unidade são:

“Hoje entendo que o TDAH é um transtorno e que tudo é mais intenso, mas que temos ferramentas para lidar” (J.)

“Hoje sei que meu filho é uma criança normal e saudável, que precisa de alguma atenção” (A.C.)

“Passei a compreender mais os comportamentos impulsivos dele e com isso mudei meu comportamento” (G.)

De acordo com estas falas nota-se que as mães indicam terem aprendido algo mais sobre o transtorno e isso proporcionou meios de lidar com a criança. Ao entender que a criança tem um transtorno e com isso algumas dificuldades, fica mais fácil compreender a razão de alguns problemas e isso pode ser benéfico para interação mãe filho.

Além dessas duas unidades que foram mais frequentes nas falas das participantes, práticas parentais positivas e ter apoio apareceram sinalizando benefícios neste sentido, embora não foram tão frequentes como comportamento *mindfulness* e entendimento sobre o TDAH. Algumas falas que representam práticas parentais positivas são:

“Não bato mais na criança” (A.C.)

“Aprendi a lidar melhor com os momentos de birra e explicar depois o que ocorreu que me deixou triste” (L.)

“Aprendi a dar voz de comando e interagir” (P.)

Estas falas indicam melhoras nas práticas parentais, em um caso a mãe batia como forma de disciplina e disse que não bate mais, outra aprendeu a lidar com as birras e a última conseguiu emitir ordens de forma mais efetiva. Em relação a unidade ter apoio, seguem falas representativas:

“Ajuda muito, muito bom ouvir e interagir com outras mães. Saber que não só eu, mas outras mães também passam por isso.” (P.)

“Há uma esperança quando nos unimos” (S.)

“Saber o que eu passo é comum com outros pais, não me sinto mais sozinha nesta luta” (C.)

“Ver que não estou sozinha, ter alguém que me ouve e me entende” (A.A.)

Nestes relatos as mães mostram o quanto o grupo foi uma fonte de apoio, um espaço em que foram ouvidas e se sentiram unidas em torno de um problema em comum em que uma pode fornecer ajuda para outra com as trocas que foram proporcionadas pelo grupo. Nas entrevistas de *follow-up* surgiram nove unidades temáticas que mostraram a manutenção e a dificuldade com algumas estratégias. No Quadro 5 está a distribuição destas unidades e as frequências com que apareceram nas falas.

Quadro 5. Unidades temáticas referentes ao *follow-up* de GI e GC (N=12)

Unidades temáticas	Frequência
1. Conseguiu usar alguma estratégia <i>mindfulness</i>	26
2. Conseguiu usar alguma estratégia comportamental	13
3. Não conseguiu usar alguma estratégia <i>mindfulness</i>	10
4. Não conseguiu usar alguma estratégia comportamental	4
5. Comportamento da criança melhorou	9
6. Comportamento da criança piorou	3
7. Gostaria de frequentar constantemente grupos assim	11
8. Gostaria de ver mais exercícios e partilha entre os membros do grupo	9

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com esta distribuição de frequência as mães mais conseguiram usar as estratégias de *mindfulness* e comportamentais do que não conseguiram usar. No entanto, referiram alguma dificuldade com alguns componentes das estratégias. O que foi mais frequente foi a unidade “conseguiu usar alguma estratégia *mindfulness*” seguida de “conseguiu usar alguma estratégia comportamental”. A seguir falas que representam estas unidades:

Conseguiu usar alguma estratégia *mindfulness*:

“Estou agora tendo um espaço para mim, me descobrindo e me amando” (D.)

“Uso respiração” (J.)

“Parar e respirar...muitas vezes eu parei, respirei e contei até me acalmar” (A.A.)

“É muito frustrante, porém mesmo não conseguindo o resultado no momento da crise eu percebi “EU” mesma consigo entender mais rapidamente que às vezes ele não consegue me entender” (A.A.)

Conseguiu usar alguma estratégia comportamental:

“Combinei com ele anteriormente as regras” (G.)

“Estou tentando conversar ao invés de gritar ou brigar” (L.)”

“Tento práticas parentais positivas, colocar limites e regras” (V.)

Estes relatos mostram quais respostas as mães conseguiram ou tentaram emitir após sete meses de intervenção. Em *mindfulness*, ocorreu que uma mãe conseguiu abrir mais espaço em sua vida e com isso tem conseguido se olhar, a respiração é utilizada como uma forma de regulação emocional e houve a presença de aceitação de que nem sempre a criança é capaz de compreender como a mãe gostaria. Sobre as estratégias comportamentais, houve citação de uso de regras e limites e tentativa de mais diálogo e menos gritos e brigas.

Vale destacar as dificuldades que as mães tiveram em relação a este repertório. A seguir falas que mostram estas dificuldades:

“Regras de horário na pandemia está difícil, por exemplo a hora de dormir” (G.)

“A maior dificuldade é encontrar e manter práticas saudáveis como brincar com a criança.” (V.)

“Meditação, não consegui parar e realizar a mesma pela questão da rotina de trabalho corrida, depois a rotina dentro de casa, mesmo neste tempo de pandemia não foi possível realizar, não consegui relaxar a este ponto.” (L.)

“Devido ao excesso de atividade, não estou conseguindo sair do automático” (V.)

“Eu não consegui fazer as meditações passo a passo...” (A.A.)

As dificuldades apresentadas sinalizam para não emissão de algum comportamento relevante, como em colocar regras no contexto da pandemia, ter uma rotina de atividades com a criança e a prática de meditação diária de uma forma formal, seguindo o passo a passo. Uma outra categoria que se mostrou mais frequente na fala das participantes foi a “gostaria de frequentar constantemente grupos assim” e as falas que mostram isso são:

“Gostaria de frequentar mais grupos assim, porque ao vermos pessoas com as mesmas coisas que passamos fica fácil a troca de experiências e as dicas para o dia a dia. (D.)

“Gostaria de participar por mais tempo, porque é um apoio onde tem várias dicas importantes e muitas trocas de experiência” (J.)

“Gostaria de frequentar mais, pois os relatos de outras mães colaboram para nossas mudanças e compreensão com as crianças. Além das informações passadas pelo profissional.” (V.)

“Gostaria sim de participar mais tempo, faz bem conversar e trocar experiências vivenciadas, muitas vezes traz soluções que no dia a dia não pensamos em fazer.” (L.)

Estas falas indicam que para algumas mães estar constantemente em grupos desta natureza seria benéfico. Sinalizam para o aprendizado constante que as trocas de experiências proporcionam.

2.3.4 Discussão

Com esta pesquisa de caráter quase-experimental foi possível testar os efeitos de uma intervenção elaborada para pais de crianças com TDAH com componentes comportamentais e de *mindfulness*. As variáveis dependentes que se mostraram mais sensíveis à intervenção foram os estilos parentais, o que mostrou uma promoção de melhora em práticas parentais ao aumentar a frequência destes comportamentos nas respostas das mães.

A divulgação para participação no grupo foi aberta para pai e mãe, mas poucos pais procuraram e os que iniciaram não deram continuidade ao processo. Destaca-se questões de

gênero no cuidado aos filhos, que ainda é predominante o papel da mulher na cultura brasileira, o mesmo ocorreu no estudo de Behbahani *et al.* (2018) que foi apenas com mães. No entanto, outras pesquisas mostram a participação paterna como em Chacko e Scavenius (2018), Ciesielski, Loren e Tamm (2019) e Loren *et al.* (2015). O estudo de van den Hoofdakker (2014) é um exemplo de pesquisa que ocorreu apenas considerando dados da figura paterna.

Quanto as características das participantes em relação ao tempo de diagnóstico das crianças, nota-se que em seis havia tempo inferior a um ano e o maior tempo foi de três anos. O que configura o recebimento recente do diagnóstico médico dos filhos destas participantes, que pode ser um fator motivacional para participação em intervenções e busca de ajuda para lidar com o problema, reduzindo barreiras na participação. Além disso, o sexo das crianças foi predominantemente masculino, houve apenas três meninas, o que está de acordo com dados de prevalência que mostram uma proporção maior de diagnóstico em meninos do que em meninas em 2:1 nas crianças (APA, 2014).

Porém, vale ressaltar que muitas vezes o que acontece é a identificação dos sintomas hiperativos em meninos, que geralmente trazem mais incômodo social e por isso há mais procura para tratamento e consequentemente mais diagnóstico do que em meninas, atualmente a literatura tem mostrado prevalência de 1:1 e diferenças quanto ao gênero na forma de manifestação dos sintomas (ABDA, 2016). Nesta amostra, houve representação dos três tipos de manifestação nas meninas, uma do tipo desatento, outra do tipo hiperativo e outra do tipo combinado.

A principal mudança gerada pela intervenção no GI, com significância estatística, incidiu sobre a VD práticas parentais, especificamente na redução de disciplina relaxada, abuso físico e aumento na pontuação total do IEP, que sinaliza redução de práticas parentais negativas e aumento de práticas parentais positivas pelas mães. Estes dados estão de acordo com estudos como os de Leung *et al.* (2015) e Haack *et al.*, (2017) que mostram os benefícios de intervenções desta natureza para esta variável. No entanto, não houve os mesmos resultados ao se comparar com o GC, que apresentou melhora apenas em punição inconsistente, outra dimensão do IEP, mas sinaliza melhora em redução de uma prática parental negativa, sustentando os dados dos estudos citados. Estas melhoras permaneceram nas medidas de *follow-up*.

Em relação a VD estresse, foi possível observar redução após a intervenção tanto em GI quanto em GC e houve relato das mães sobre se sentirem menos estressadas nas análises das entrevistas. Estes dados corroboram com estudos de Behbahani *et al.*, (2018), Ciesielski *et al.*, (2019), Chacko e Scavenius, (2018) e Miller e Brooker (2017) que apontam melhora nos

sintomas relacionados ao estresse parental. Embora, nesta análise seja observado efeito do tempo e/ou de outras variáveis sobre mudanças do estresse, pode-se notar que após a intervenção, houve redução acentuada no GC, que apresentou níveis de estresse menores do que os do GI nas avaliações de pré-teste. Pode-se considerar que quando há sintomas mais marcantes de estresse, como foi no GI, seja necessário mais tempo de intervenção para alcançar médias mais baixas. Uma consideração a ser feita, ocorreu no estudo de Heath *et al.* (2015), que notou menos estresse no grupo de pais em que as crianças tiveram menos sintomas de TDAH após a intervenção utilizada. Na amostra deste estudo os sintomas das crianças não foram o alvo central da VI e não apresentaram mudanças significativas.

Quanto a VD suporte social, a estratégia não produziu efeitos nesta variável. A escala avalia dimensões como: afetivo, interações sociais, instrumental e enfrentamento de problemas, provavelmente o modo como a intervenção foi desenvolvida não permitiu alcançar estas dimensões e para se ter este alcance seriam necessárias algumas alterações nos procedimentos. No entanto, fica como questionamento a ser respondido em futuros estudos se um período mais prolongado de intervenção poderia proporcionar uma maior percepção de suporte social vinda do grupo. Como foram apenas nove encontros, talvez estas dimensões necessitem de mais tempo para serem modificadas. Levando em consideração que as medidas nesta escala foram predominantemente baixas em seu total, em todas as avaliações, nota-se a falta de apoio social percebida pelas participantes e necessidade de formas de modificar esta realidade.

Em relação VD sintomas de TDAH nas crianças e nas mães, embora não tenha sido pretensão inicial deste estudo que a intervenção pudesse incidir sobre estes comportamentos, eles foram avaliados. No entanto, não foi identificadas alterações significativas nestas variáveis, o que está de acordo com autores como Sayal *et al.* (2016) e Chacko e Scavenius (2018), mas não com Behbahani *et al.* (2018), Elkins, Bond e Curtis (2019) e Heath *et al.*, (2015) que indicam melhoras em sintomas de TDAH nas crianças. Estes achados sinalizam para inconsistência na literatura sobre os efeitos das intervenções comportamentais e *mindfulness* sobre sintomas do transtorno, mostrando necessidade de mais investigações.

Um dado que merece destaque é referente ao fato das mães deste estudo apresentarem sintomas de TDAH de acordo com escala utilizada, sendo que 50% das participantes referiram algum sintoma no pré-teste, o que mereceria uma avaliação mais minuciosa, pois indica a possibilidade de presença do transtorno. Este dado está de acordo com o fato do TDAH ter alta herdabilidade (APA, 2014). Além disso, esta informação sinaliza a presença de um fator psicossocial parental importante e que pode ser visto como barreira para

efeitos mais significativos em treinamentos parentais, como mostraram Babinski *et al.*, (2018) e Chronis-Tuscano *et al.*, (2011). No entanto, nenhuma participante referiu ter o diagnóstico do transtorno.

De acordo com a análise de conteúdo, foi possível identificar que as mães após a intervenção, relataram ter conseguido emitir comportamentos de *mindfulness*, ter uma maior compreensão do TDAH, sentiram apoio vindo do grupo e usaram práticas parentais positivas. Apesar de este tipo de análise não permitir afirmações com segurança estatística atestando os benefícios do grupo, permite mostrar o relato verbal das participantes, sendo um recorte social do que o grupo representou para elas. Além disso, no *follow-up*, relataram conseguir usar estratégias de *mindfulness* e comportamentais, apesar de algumas dificuldades e houve pouco relato de piora no comportamento da criança.

Uma limitação deste estudo foi o tamanho da amostra. Foram formados quatro grupos distintos, mas com poucos participantes em cada um deles, o que dificulta uma análise estatística mais robusta que possa dar sustentação com evidências científicas. Então recomenda-se a aplicação desta intervenção em mais grupos com número de participantes maior.

Como o TDAH é uma condição crônica, os desafios na educação das crianças irão perpassar todas as fases de desenvolvimento. Além de algumas mães sinalizarem a necessidade de constância em participar de grupos assim, estudos como Daly *et al.* (2007) sugerem a possibilidade de apoio contínuo aos pais. O que também é sugestão deste estudo, como uma forma de produzir mais apoio e orientação ao longo do desenvolvimento infantil, estando de acordo com o achado de Rezende, Calais e Cardoso (2019) que mostraram piora em práticas parentais conforme avanço da idade dos filhos com TDAH.

Além disso, outra sugestão é dar ênfase para intervenções que possam focar apenas nas demandas paternas, que podem ser diferentes das demandas maternas. Questiona-se se haveria mais participação paterna se houvesse encontros apenas de pais tendo em vista que muitos desempenham papéis diferentes das mulheres na educação dos filhos e estes aspectos poderiam ser considerados nas discussões elaboradas para os encontros.

Como novas medidas para futuras pesquisas com o programa, seria oportuno uso de escalas que pudessem avaliar comportamentos de *mindfulness*, além dos relatos das participantes e uso de filmagens nas sessões que pudessem oferecer uma outra forma de análise das VD's por encontro, o que iria contribuir com mais dados de evidências para esta estratégia e também poderia haver avaliação dos efeitos no comportamento das crianças. Espera-se que esta intervenção possa ser aprimorada e estendida a mais participantes, contribuindo para saúde de mães e pais de crianças com TDAH ao oferecer um espaço de escuta, trocas e discussão

sobre práticas parentais, TDAH e *mindfulness* e que seus efeitos possam ser testados com a finalidade de ser sustentada como uma intervenção baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- AU, A. *et al.* The efficacy of a group triple P (positive parenting program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: a pilot randomised controlled study. **Australian Psychologist**, 49, 151–162, 2014. <https://doi.org/10.1111/ap.12053>
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5**. Porto Alegre: Artmed 5ª ed., 59-66, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). **TDHA em meninas e mulheres**. Textos, 2016. Acesso em <https://tdah.org.br/tdah-em-mulheres/>
- BABINSKI, D. E. *et al.* Behavioral Observations of Parents With ADHD During Parent Training. **Journal of Attention Disorders**, 22(13), 1289–1296, 2018. <https://doi.10.1177/10870547155808>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARGAS, J. A.; LIPP, M. E. N. Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, 17 (2), 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572013000200002>
- BEHBAHANI, M. *et al.* Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. **Iran J Med Sci.**, 43(6), 596-604, 2018.
- CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. **Escala de Percepção de Suporte Social - Adulto**. São Paulo: Editora Hogrefe, 2016.
- CIESIELSKI, H. A.; LOREN, R. E. A.; TAMM, L. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. **Journal Attention Disorders**, 00(0), 1-10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054719843181>
- CHACKO, A.; SCAVENIUS, C. Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. **J Abnorm Child Psychol**, 46:505-517, 2018. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-017-0310-9>.
- CHRONIS-TUSCANO, A. *et al.* The relation between maternal ADHD symptoms and improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 39, 1047-1057, 2011. <https://doi:10.1007/s10802-011-9518-2>
- DALY, B. P. *et al.* Psychosocial treatments for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Neuropsychology Review**, 17(1), 73-89, 2007. <https://doi.org/10.1007/s11065-006-9018-2>
- ELKINS, S. R.; BOND, M. A.; CURTIS, D. F. Do Comorbid Oppositional Symptoms Predict ADHD Behavioral Treatment Outcomes? **Child Psychiatry & Human Development**, 50,

918–926, 2019 <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00894-5>

EVANS, S. W.; OWENS, J. S.; BUNFORD, N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Clinical Psychology Review**, 26, 486-502, 2018. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700>

FRASSETO, S. S.; BRAKOS, D. G. S. Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto. **Aletheia**, 33, 6-17, 2010. <https://doi.org/10.29327/226091>

HAACK, L. M. *et al.* Parenting as a Mechanism of Change in Psychosocial Treatment for Youth with ADHD, Predominantly Inattentive Presentation. **J Abnorm Child Psychol**, 45, 841–855, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8,45:841–855>

HAND, A. *et al.* Controlled clinical evaluation of the parents plus children's programme for parents of children aged 6–12 with mild intellectual disability in a school setting. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 18, 536–555, 2013. <https://doi.org/10.1177/1359104512460861>

HEATH, C. L. *et al.* The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. **Child Psychiatry Hum Dev**, 46, 118-129, 2015. <https://dx.doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2>.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 7-37, 2006.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Casa do Psicólogo**, 11-76, 2000.

LEUNG, C. *et al.* Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese ADHD children: randomized controlled trial. **Research on Social Work Practice**, 2015. <https://doi.org/10.1177/1049731516643837>

LEUNG, C. *et al.* The effect of parent education program for preschoolchildren with developmental disabilities: A randomized controlled trial. **Research in Developmental Disabilities**, 56, 18-28, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.05.015>

LOREN, R. E. A. *et al.* (2015). Effects of an 8-session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children with ADHD on Child Impairment and Parenting Confidence. **Journal Attention Disorder**, 19(2), 158-166, 2015. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054713484175>.

MILLER, C. J.; BROOKER, B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, 28, 108-115, 2017. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.015>.

MORIYAMA, T. S. *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder In: REY, J. M. (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

REZENDE, F. P.; CALAIS, S.L.; CARDOSO, H. F. Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Prática**, 21(2), 134-152, 2018. <https://doi.org/10.5935/1980-6906>

REZENDE, F. P.; MORETTIN, M.; YAMADA, M. O. Grupo de apoio para pais de crianças com implante coclear. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.16, n.3, 800-815, 2016.

REZENDE, F. P.; YAMADA, M. O.; MORETTIN, M. Grupo de apoio psicossocial: experiências de pais de crianças com deficiência auditiva usuárias de implante coclear. **Psicologia em Estudo**, 377-388, 2015.

SAYAL, K. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of a brief school-based group programme for parents of children at risk of ADHD: a cluster randomised controlled trial. **Child: care, health and development**, 521-533, 2016. <https://doi.org/10.1111/cch.12349>

YOUSEFIA, S.; FAR, A. S.; ABDOLAHIAN, E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.323>

Van den HOOFDACKER, B. J. *et al.* Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 23, 1071-1079, 2014. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0557-4>

WOODMAN, A. C.; MAWDSLEY, H. P.; HAUSER-CRAM, P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: transactional relations across 15 years. **Research in Developmental Disabilities**, 36, 264–276, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.011>

3 DISCUSSÃO GERAL

Esta tese teve como objetivo principal dar ênfase para pais de crianças com diagnóstico de TDAH, especialmente as mães, que foram as participantes do início ao fim do procedimento utilizado e descrito no capítulo três. A compilação em três capítulos permitiu a divulgação de três estudos, com métodos distintos e resultados que podem contribuir com o avanço em pesquisas com esta temática, dando destaque principal aos pais.

Por meio do primeiro capítulo foi possível mostrar pesquisas voltadas para testar intervenções baseadas em treinamento parental para pais de crianças com TDAH com uso de princípios da análise do comportamento e/ou de *mindfulness*. Constatou-se, no recorte de tempo de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, poucos estudos com recursos de *mindfulness* a estes pais e a necessidade de produção de mais evidências científicas. Embora, o treinamento parental comportamental seja um tratamento baseado em evidências para o TDAH, que tem como principal efeito a redução de problemas de comportamento (ANTSHEL, 2015) e em alguns estudos redução de sintomas de TDAH (HEATH *et al.*, 2015), estes protocolos não priorizam as necessidades parentais emocionais, psicológicas e de suporte.

As pesquisas com *mindfulness* (BEHBAHANI *et al.*, 2018; MILLER; BROOKER, 2017; GERSHY *et al.*, 2017) oferecem dados sobre condições emocionais, tais como estresse, ansiedade e regulação emocional, no entanto não foi objetivo primário da VI destes estudos incidir sobre aspectos das necessidades dos pais, mas sim como isto poderia reduzir os problemas de comportamento das crianças. Portanto, possui os mesmos objetivos que os treinamentos parentais comportamentais usuais para problemas de comportamento, como os de Ciesielski, Loren e Tamm, (2019) e Chacko e Scavenius (2018) por exemplo.

O segundo capítulo permitiu análises sobre aspectos psicossociais relevantes de pais de crianças com TDAH e como estes aspectos se relacionam de forma bidirecional com o transtorno. Sabe-se que estas variáveis não estabelecem relações causais, mas há correlações entre elas que ainda precisam de mais investigações. Destacou-se discussões sobre conflitos conjugais, estresse, TDAH parental, práticas parentais e percepção de baixo suporte familiar, como elementos significativos presentes nas famílias e que devem ser alvos dos protocolos de intervenções.

Uma variável pouco pesquisada quando se trata desta população é o suporte familiar, Rezende, Calais e Cardoso (2019) constataram a predominância de percepção de baixo suporte familiar nestes pais, o que é um indicativo de como as famílias podem ficar desamparadas socialmente quando há presença de problemas de comportamento infantil. Isto é

um fator de risco para outros problemas de ordem emocional, pois as pessoas precisam de apoio e senso de pertencimento social para enfrentamento de situações adversas. Assim como o suporte familiar é relevante, o suporte social, que se estende para além do grupo familiar, é outra variável que merece destaque e foi uma VD descrita no capítulo três e constatou-se que as mães não percebem alto suporte social, contribuindo com os dados anteriores de Rezende, Calais e Cardoso (2019) e sinalizando a necessidade de gerar mudanças nesta realidade apresentada.

A proposta de intervenção apresentada no capítulo três, não gerou efeitos significativos sobre o suporte social, mostrando ainda necessidade de novas propostas para gerar estes efeitos. No entanto, houve melhoras significativas em práticas parentais e o relato das mães indicaram efeitos benéficos do contato com grupo, como geração de apoio emocional, maior entendimento sobre o TDAH e inserção de estratégias de *mindfulness* no cotidiano, como comportamentos de dirigir e tomar banho com atenção, estar mais presente com a criança e fazer uma coisa de cada vez.

A criação desta proposta interventiva seguiu as inspirações citadas anteriormente na introdução geral desta tese e se justificou com os dados descritos nos capítulos um e dois. Usar *mindfulness* como recurso, visou a produção de mais pesquisas com pais de crianças com TDAH com uma proposta de estudo quase-experimental. Dar prioridade a produção de apoio, redução de estresse e regulação emocional dos pais corresponde às necessidades identificadas no capítulo dois.

Desta forma, esta pesquisa contribui com dados de evidência para mais um procedimento que pode ser utilizado com pais de crianças com TDAH. Embora o foco seja os pais, sabe-se que havendo mudanças parentais, poderá haver mudanças nos comportamentos das crianças e isso pode ser avaliado e considerado em futuras pesquisas, mostrando a extensão desta proposta em efeitos secundários nas crianças.

Portanto, o objetivo central desta tese foi concluído e houve a produção de conhecimentos relevantes sobre pais de crianças com TDAH. Não foi possível esgotar a análise de dados, então estas pesquisas que foram mostradas nos três capítulos precisam de continuidade. Para o capítulo um, recomenda-se atualização contínua das produções na área a cada cinco anos para verificar os avanços e lacunas ainda existentes. Para o capítulo dois, sugere-se método mais rigoroso de revisão para inclusão de mais pesquisas sobre fatores psicossociais parentais. E, para o capítulo três, propõe-se aplicação da intervenção em mais grupos, para aumentar o número de participantes, ampliação da proposta para mais encontros, recrutamento com foco na figura paterna para participação, adaptações relevantes nas

estratégias de acordo com as demandas e uso de outras medidas para avaliar VD's como, comportamento *mindfulness*, apoio social e problemas de comportamento das crianças.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidencebased practice. **American Psychologist**, 61(4), 271-285, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTSHEL, K. M. Psychosocial Interventions in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Update. **Child Adolesc Psychiatric Clin**, 24, 79-97, 2015.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.002>
- BABINSKI, D. E. *et al.* Behavioral Observations of Parents With ADHD During Parent Training. **Journal of Attention Disorders**, 22(13), 1289–1296, 2018.
<https://doi.10.1177/10870547155808>
- BARKLEY, R. A. **Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. The Guilford Press: New York/London, 2014.
- BEHBAHANI, M. *et al.* Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. **Iran J Med Sci.**, 43(6), 596-604, 2018.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S. **Promove-Pais treinamento de habilidades sociais educativas: guia teórico**. 1ª ed, São Paulo: Hografe, 2018.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; WEBER, L. N.; ALVARENGA, P. Orientação de pais na prática clínica. In: GORAYEB, R.; MIYAZAKI, C.; TEODORO, M. (Orgs.) **Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde**. Porto alegre: Artmed, 2017.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. **Paideia**, 21(48), 61-71, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100008>
- CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. **Escala de Percepção de Suporte Social - Adulto**. São Paulo: Editora Hogrefe, 2016.
- CIESIELSKI, H. A.; LOREN, R. E. A.; TAMM, L. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. **Journal Attention Disorders**, 00(0), 1-10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1177/1087054719843181>
- CHACKO, A.; SCAVENIUS, C. Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. **J Abnorm Child Psychol**, 46:505-517, 2018. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-017-0310-9>.
- CHRONIS-TUSCANO, A. *et al.* The relation between maternal ADHD symptoms and improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by

change in negative parenting. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 39, 1047-1057, 2011. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9518-2>

DUPAUL, G. J. *et al.* Promoting Parent Engagement in Behavioral Intervention for Young Children With ADHD: Iterative Treatment Development. **Topics in Early Childhood Special Education**, 38(1), 42-53, 2018. <https://doi.org/10.1177/0271121417746220>

GERSHY, N. *et al.* Randomized Clinical Trial of Mindfulness Skills Augmentation in Parent Training. **Child Youth Care Forum**, 46, 783-803, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s10566-017-9411-4>.

HEATH, C. L. *et al.* The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. **Child Psychiatry Hum Dev**, 46, 118-129, 2015. <https://dx.doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2>.

HENNISSSEN, L. *et al.* Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. **CNS Drugs**, 31, 199-215, 2017. <https://dx.doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7>

LEONARDI, J. J.; RUBANO, D. R. Fundamentos Empíricos da Análise do Comportamento Aplicada para o Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Perspectivas em Análise do Comportamento**, 03(01), 001-019, 2012.

LEONARDI, J. J.; MEYER, S. B. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. **Psicologia Ciência e Profissão**, 35(4), 1139-1156, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001552014>

LEONARDI, J. J. Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica. **Tese de Doutorado**: programa de pós-graduação em psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2016.

MILLER, C. J.; BROOKER, B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, 28, 108-115, 2017. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.015>.

REZENDE, F. P.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Prática**, 21(2), 134-152, 2018. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171>

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 10ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1953/1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Faculdade
de Ciências

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



unesp

Objetivos do Grupo:

Ensinar os pais a lidarem com os comportamentos difíceis dos filhos

Ajudar a regular as emoções e o estresse

Oferecer apoio social

SEU FILHO TEM TDAH?

PARTICIPE GRATUITAMENTE DO GRUPO PARA PAIS!

- ▶ É **necessário** ter o **diagnóstico médico** da criança
- ▶ Os encontros serão **1 vez por semana**, por **8 semanas**
- ▶ Baseado em princípios **comportamentais** e de **Atenção Plena**

INSCRIÇÕES: (14) 98130-0017 / fernandarezende@ymail.com

Pesquisadoras responsáveis: Profª Dra. Sandra L. Calais e Ms. Fernanda P. Rezende

* A intervenção faz parte de uma pesquisa de doutorado

APÊNDICE B**Questionário de Triagem**

1) Você já participou alguma vez de intervenção em grupo? Como foi?

☐ Não ☐ Sim

Se sim:

☐ Foi ruim, não ocorreu o que esperava

☐ Foi razoável, atendeu em partes minhas expectativas

☐ Foi ótimo, atendeu minhas expectativas e percebi diferenças em meu comportamento

Qual foi a finalidade desta intervenção que participou:_____

2) O que você espera de um grupo para pais de crianças com TDAH? (Pode marcar **mais de uma alternativa**).

☐ Receber apoio dos outros pais

☐ Receber apoio dos profissionais envolvidos

☐ Aprender a lidar com os comportamentos difíceis da criança

☐ Buscar a cura para o TDAH

☐ Aprender só a cuidar da criança

☐ Aprender a cuidar de mim mesmo(a)

☐ Aprender a controlar minhas emoções difíceis

☐ Entender melhor o que é o TDAH

Outra:_____

3) O que você sabe sobre TDAH? (Pode marcar **mais de uma alternativa**).

☐ É uma doença

☐ É um transtorno mental

☐ É um transtorno do neurodesenvolvimento

☐ É hereditário

☐ Não tem cura

☐ Envolve sintomas de desatenção e/ou hiperatividade que pode trazer prejuízos para a vida das crianças

☐ O tratamento é só medicação

☐ O tratamento é só psicossocial

☐ O tratamento pode ser medicamentoso e psicossocial

☐ Uma forma de tratar o TDAH é treinando os pais a lidarem com criança

☐ Não tenho nenhuma informação sobre o TDAH. Não sei bem o que é.

Outra:_____

- 4) Quais os desafios você encontra no dia-a-dia na interação com a criança? (Pode marcar **mais de uma alternativa**).

- ☐ Não sei o que fazer com as birras
☐ Não sei fazer com que ele(a) me obedeça
☐ Não sei o que fazer com a agressividade
☐ Ele(a) não presta atenção no que eu falo
☐ Não sei como colocar regras e limites
☐ Sei colocar regras e limites, mas tenho dificuldades de fazer com que elas sejam seguidas

sempre

Outro(a): _____

- 5) Como você se sente na relação com a criança? (Pode marcar **mais de uma alternativa**).

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Com raiva | ☐ Triste | ☐ Entusiasmado(a) | ☐ Inseguro(a) |
| ☐ Cansado(a) | ☐ Culpado(a) | ☐ Feliz | ☐ Confiante |
| ☐ Com medo | ☐ Arrependido(a) | ☐ Motivado(a) | ☐ Satisfeito |
| ☐ Realizado(a) | ☐ Mal | ☐ Bobo(a) | ☐ Ansioso(a) |

Outro: _____

- 6) Como você se descreve como pai/mãe?

- ☐ Sou um(a) ótimo(a) pai/mãe
☐ Sou um(a) pai/mãe razoável
☐ Sou um(a) pai/mãe ruim
☐ Acredito que não tenho que mudar nada no meu comportamento
☐ Acredito que tenho que mudar alguns aspectos do comportamento

Outra: _____

- 7) O quanto você gostaria de modificar na interação com seu(a) filho(a)?

- ☐ Muito ☐ Pouco ☐ Nada

- 8) Como está seu relacionamento com seus familiares?

- ☐ Péssimo ☐ Ruim ☐ Bom ☐ Ótimo

- 9) Você recebe algum tipo de ajuda financeira, amigável, emocional, de algum familiar ou amigo?

- ☐ Não ☐ Sim Se sim, de quem: _____

- 10) Pelo que você ouviu falar sobre estresse, sente-se estressado (a)?

- ☐ Não ☐ Sim

APÊNDICE C
Questionário de Avaliação do Grupo

- 1) Como foi sua experiência de participar do grupo de pais de crianças com TDAH?
☐ () ótima, superou minhas expectativas
☐ () boa, atingiu minhas expectativas
☐ () regular, atingiu em partes minhas expectativas
☐ () ruim, não atingiu minhas expectativas
- 2) Descreva pontos positivos e negativos.
- 3) No que o grupo mais te ajudou?
- 4) No que o grupo deixou de ajudá-lo e você esperava ter ajuda?
- 5) Houve mudanças na sua interação com a criança? Quais? Descreva.
- 6) Houve mudanças na sua interação com familiares ou amigos?
- 7) Mudou o que pensava sobre o TDAH? O que mudou? Descreva.
- 8) Você percebeu alguma mudança relacionada ao estresse? Quais?
- 9) Você considera o grupo como uma fonte de apoio? Justifique.
- 10) Você recomendaria este grupo para outras pessoas?

APÊNDICE D
Questionário de Avaliação da Intervenção

<i>Avaliação geral do grupo ao longo da intervenção</i>	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insatisfatório
Pontualidade			
Relevância dos temas			
Recursos tecnológicos utilizados (multimídia)			
Recursos materiais (folhas, canetas, lápis, borracha)			
Dinâmicas de grupo			
Condução do grupo			
Estimulação da participação			
Favorecimento de troca de experiência			
Informações sobre TDAH			
Promoveu mudanças positivas na interação com a criança			
Serviu como fonte de apoio			
Promoveu redução do estresse			

APÊNDICE E
Questionário de *Follow-up*

Pensando nestes sete meses após o encerramento da intervenção em grupo, responda as seguintes perguntas com o máximo de detalhe que puder.

- 1) Qual estratégia você mais utilizou na interação com sua criança?
- 2) Qual estratégia você mais utilizou com você mesma?
- 3) Você tentou usar alguma estratégia e não conseguiu? Qual? Conte como foi?
- 4) Você conseguiu manter algum exercício de meditação na sua rotina? Se sim, qual? E como está sendo usar o exercício?
- 5) O comportamento da sua criança mudou neste tempo? O que mudou? (mudança pode ser para melhor ou pior)
- 6) Você gostaria de frequentar grupos assim constantemente? Por quê?
- 7) O que mais você gostaria de ver em intervenções deste tipo?

APÊNDICE F
Resumos dos encontros

Encontro 1. Psicoeducação sobre TDAH e Atenção Plena

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas 2 faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos nos conhecer melhor e discutir sobre:

1. O que é TDAH: mitos e verdades
2. O que é Atenção Plena
3. Início de exercícios de meditação

Tarefa para casa:

- Praticar treino de respiração de 3 min e identificar as dificuldades para discutir no próximo encontro.

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 2. Sair do piloto automático

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas 2 faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

- 1.P.A.R.A.R
- 2.Tomar atitudes mais conscientes
- 3.Olhar para o próprio comportamento
- 4.Agir ao invés de reagir

Tarefa para casa:

- Prática do P.A.R.A.R.
- Escolher uma atividade do dia a dia (individual) para praticar saída do piloto automático (escovar os dentes, tomar café da manhã, tomar banho, dirigir, etc.)
- Escolher uma atividade com a criança para observar, descrever, participar, sem julgamento no momento presente - olhar para a criança e observar (brincar, conversar sobre assunto de interesse dela, desenhar, jogar algo, etc.)

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 3. Ações efetivas: limites, instruções e regras

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas 2 faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

1. Bondade amorosa
2. Práticas parentais positivas: como colocar limites?

Tarefa para casa:

- Meditação bondade amorosa
- Praticar as novas habilidades, registrar as dificuldades
- Leitura do texto informativo para identificar quais práticas costumam exercer

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 4. Ações efetivas: tempo limite, reforçamento e punição

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas duas faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

1. Aprimorar bondade amorosa
2. Práticas parentais positivas: como colocar limites?

Tarefa para casa:

- Meditação bondade amorosa
- Testar as novas habilidades e registrar dificuldades
- Preencher ficha “O que eu preciso?”

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 5. Aprendendo a relaxar

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas duas faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

1. Como relaxar
2. Os efeitos do estresse
3. Aprimorar saída do piloto automático

Tarefa para casa:

- Prática de relaxamento
- Escolher uma atividade do dia-a-dia (individual) para praticar saída do piloto automático (escovar os dentes, tomar café da manhã, tomar banho, dirigir, etc.)
- Escolher uma atividade com a criança para observar, descrever, participar, sem julgamento no momento presente - olhar para a criança e observar (brincar, conversar sobre assunto de interesse dela, desenhar, jogar algo, etc.)

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 6. Aceitação

Algumas regras importantes:

1. Respeitar o momento de fala de cada um
2. Atentar-se para pontualidade
3. Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas 2 faltas no programa)
4. Sigilo

Hoje vamos aprender:

4. Aprimorar relaxamento
5. Aceitar as situações tais como elas são
6. Adotar postura não julgadora

Tarefa para casa:

- Observar pensamentos julgadores sobre si próprio e a criança
- Praticar estratégias de mudanças
- Praticar relaxamento

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 7. Regulação das emoções

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas duas faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

1. Aprimorar bondade amorosa
2. Desenvolver emoções positivas
3. Lidar com emoções difíceis

Tarefa para casa:

- Assistir junto com a criança o filme Divertidamente e conversarem sobre
- Perguntar para criança quando ela sente as emoções e ouvir sem julgamento
- Praticar alguma meditação guiada junto com a criança
- Pensar sobre as dificuldades até o momento para discutir no próximo encontro.

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 8. Aprimorando habilidades

Algumas regras importantes:

- Respeitar o momento de fala de cada um
- Atentar-se para pontualidade
- Cuidado com as faltas (serão permitidas apenas duas faltas no programa)
- Sigilo

Hoje vamos aprender:

1. Aprimorar habilidades

Tarefa para casa:

- Pensar sobre as dificuldades até o momento para discutir no próximo encontro

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

Encontro 9. Aprimorando habilidades

A sua participação neste programa foi muito valiosa.
Obrigada por ter trilhado este caminho até o final!

Hoje vamos aprender:

1. Aprimorar as novas habilidades desenvolvidas
2. Selecionar atividades prazerosas para serem feitas com a criança

Tarefa para casa:

- Praticar todas as habilidades continuamente
- Sempre se valorizar
- Ser gentil consigo mesmo e com sua criança
- Estar presente a cada instante

Lembre-se: “A chave para a transformação é a continuidade” – quanto mais você se exercitar melhores serão os efeitos!

APÊNDICE G

TEXTOS DE APOIO

Texto sobre sair do piloto automático

(Elaborado pela Autora)

Estar no piloto automático é agir de modo sem perceber o que se faz. Gera situações como “fiz e só depois fui ver que não deveria ter feito daquele modo”. É agir impulsivamente, sem notar ou sem escolher de modo consciente as ações. É o que fazemos de modo rotineiro sem se dar conta, por exemplo: acordar, tomar café, sair para levar os filhos para a escola, ir ao trabalho, resolver as questões do trabalho, buscar filho na escola, ir para casa, limpar a casa, ir ao mercado, são ações automatizadas. Isto não é de todo ruim, economiza tempo em ter que pensar sobre o que fazer todos os dias, mas torna-se um problema quando a vida parece passar e nem percebemos o que estamos fazendo no dia-a-dia. Sair do piloto automático é perceber a vida. É observar as manhãs, o filho entrando na escola e saber que isto está ocorrendo naquele momento. Isto favorece a tomada de decisões, como o que fazer quando ocorrem birras, desobediência e oposição pela criança. Quando saímos do piloto automático podemos observar as situações da vida e isto nos possibilita pensar com mais racionalidade.

Reagir no piloto automático ao comportamento da criança é o que se faz rotineiramente e vem prejudicando as relações pais e filhos. Os pais ficam cada vez mais estressados e os filhos cada vez mais desobedientes. Um exemplo: a criança deixa tudo esparramado pela casa, a mãe pede para guardar, a casa continua bagunçada, a criança não guarda, a mãe pede outra vez, só que agora pela via do grito, a criança grita mais alto e desaba a chorar, a mãe pega o chinelo e bate na criança para ela parar de chorar e para acatar o pedido, mas a criança continua desafiando. A história se encerra com a criança berrando no quarto e a própria mãe guardando a bagunça. E isto faz parte da rotina diária. O que foi automático? As reações tanto na criança quanto da mãe. Aprender olhar, observar, sentir com calma, favorece escolhas de ação. Ao invés de gritar e bater qual ação seria mais efetiva?

Práticas parentais positivas x práticas parentais negativas

(Elaborado pela autora)

As **práticas parentais** são os comportamentos dos pais para educar seus filhos. Estas práticas podem ser tanto **positivas** quanto **negativas**. As **práticas positivas** fazem com que as crianças **desenvolvam várias habilidades importantes**, como fazer amigos, conversar, identificar o que sentem, regular as emoções, podem ter um melhor rendimento na escola e

tendem a ser mais felizes. Além disso, quando os pais usam práticas positivas, as crianças tendem a seguir as regras, obedecer e respeitar.

As práticas negativas geram outro efeito, as crianças podem ficar mais agressivas com as outras pessoas, podem bater e xingar, ficam mais excluídas do convívio social, os amigos às vezes se afastam, elas **têm mais dificuldade** de lidar com as emoções, podem sentir mais medo, raiva e insegurança e irem pior na escola. Além disso, elas ficam mais difíceis em casa, os problemas de comportamento, ao invés de diminuírem, acabam aumentando. **Assim, os pais vão ficando cada vez mais estressados.**

As práticas parentais positivas ocorrem quando os pais são afetuosos e conseguem colocar regras e as fazer serem cumpridas. Os pais conseguem dar atenção quando preciso, controlam a criança, são firmes com as regras, sabem reconhecer bons comportamentos e castigam, de modo apropriado, os comportamentos inadequados, oferecem explicações sobre os acontecimentos, conversam com a criança, são capazes de reconhecer os próprios erros e se desculparem e incentivam o amadurecimento e crescimento da criança.

As práticas parentais negativas ocorrem quando os pais não demonstram afeto e não conseguem colocar regras. Os pais usam castigos impróprios, batem, xingam, colocam regras de acordo com o humor, desfazem dos comportamentos da criança como se elas fossem naturalmente más, criticam o tempo todo, punem sem necessidade ou podem ser negligentes, não se importando com os cuidados essenciais da criança. Além disso, pode ocorrer muita permissividade, ou seja, deixa a criança fazer tudo o que quiser e ela se tornar uma pessoa sem nenhum limite.

É muito importante que os pais usem práticas positivas, pois isto ajudará no desenvolvimento saudável da criança. **Uma criança com TDAH pode piorar muito com uso de práticas parentais negativas.** Com as positivas, estas crianças podem se tornar mais obedientes e felizes. **Os pais, quando usam práticas positivas, podem ficar menos estressados e se sentirem mais confiantes.**

APÊNDICE H

Processo de construção de uma intervenção em grupo para pais: desafios e possibilidades

RESUMO

A intervenção psicológica em grupo pode ser uma estratégia relevante para pais de crianças com TDAH. Em um contexto social como grupos, pode haver facilitação para desenvolverem repertórios de parentalidade, para lidarem com o estresse e sentirem-se apoiados em suas dificuldades. O objetivo deste trabalho foi descrever como se deu o processo de construção de uma intervenção neste sentido, como foi a seleção de recursos e quais os possíveis desafios e possibilidades. Espera-se que esta construção possa trazer benefícios para pais de crianças com TDAH.

Palavras-chave: Intervenção; Grupo; Pais; TDAH; *Mindfulness*.

ABSTRACT

Psychological group intervention can be a relevant strategy for parents of children with ADHD. In a social context, such as groups, there may be facilitation to develop parenting repertoires, to deal with stress and to feel supported in their difficulties. The objective of this work was to describe how the process of building an intervention in this sense took place, how resources were selected and what are the possible challenges and possibilities. It is hoped that this construction can bring benefits to parents of children with ADHD.

Keywords: Intervention; Group; Parents; ADHD; *Mindfulness*.

Introdução

Os benefícios de intervenções em grupo, com caráter psicoterapêutico ou não, são inúmeros. Dentre os principais, destaca-se que o encontro entre pessoas que vivenciam algo em comum oportuniza a sensação de melhora, favorece a formação de um contexto social para interação, facilita a formação de vínculos e conexões sociais e, é uma ferramenta de suporte para as pessoas com algum sofrimento (BECHELLI; SANTOS, 2004). As relações humanas de proximidade e apoio são importantes para o senso de pertencimento e a falta de conexão social pode ser um fator de risco tão grave para a saúde quanto o cigarro (WALDINGER *et al.*, 2014).

Estar em um processo grupal proporciona a aprendizagem de comportamentos relevantes para a vida dos participantes em um contexto social natural, um participante serve como modelo para o outro durante as trocas sociais que ocorrem, que pode ser entre participante-participante e terapeuta-participante (BANACO, 2020). Para isso, é necessária uma orientação teórica que instrumentalize a condução do grupo e a abordagem comportamental tem uma característica pedagógica e instrucional que pode ser utilizada para este propósito facilitando e estimulando as aprendizagens de repertórios comportamentais (DELITTI, 2020).

Considerando pais de crianças com problemas de comportamento, os grupos costumam ter uma finalidade de treinamento para gerar melhoria nas interações entre pais e filhos e minimizar os problemas comportamentais das crianças. Assim, instrumentalizam os pais com habilidades parentais por meio de treino e orientações, o que promove condições para alterar as contingências mantenedoras dos problemas de comportamento infantis.

Exemplos de grupos para orientação/treinamento parental baseados em evidências científicas são o *The Incredible Years – YI* (WEBSTER- STRATTON, 1997) que consiste em um modelo colaborativo entre psicoterapeuta e pais e há utilização de vídeos com situações problemas e *role-plays* com os pais em grupo. O Promove-pais de Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), uma intervenção comportamental nacional para pais em grupo com apoio de uma cartilha instrucional e exercícios com o grupo para promoção de práticas educativas parentais, baseia-se na análise funcional individual para formulação dos problemas alvo, identificando os *déficits* comportamentais dos pais, além dos pais com repertórios adequados que podem auxiliar o grupo como modelo para outros pais.

Outro programa nacional é o de Weber (2005), o Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF), que tem formato dialogado, com questionamentos reflexivos, e visa

tornar os pais mais conscientes de seu repertório parental na interação com seus filhos. Baseia-se no equilíbrio entre amor e disciplina e tem um caráter preventivo.

Estes programas são frutos de muitas pesquisas, o YI foi testado em grandes grupos e em várias culturas, sendo bem consolidado cientificamente e com resultados de melhora em habilidades parentais para pais de crianças com TDAH. Há carência de programas nacionais e os que foram citados ainda estão em processo de pesquisas mais robustas, apesar de terem seus efeitos benéficos evidenciados (BOLSONI-SILVA; WEBER; ALVARENGA, 2017).

Mediante a relevância de estratégias de intervenção em grupo para pais de crianças diagnosticadas com TDAH, o objetivo deste capítulo foi o de apresentar como se deu o processo de construção de uma intervenção em grupo, que se configurou em um programa com estratégias comportamentais e *mindfulness*, para pais de crianças com TDAH. É escassa na literatura dados sobre grupos específicos para esta população que tenham como componente geração de apoio social e que foque nos pais e em seus problemas, além dos sintomas das crianças. Desta forma, espera-se contribuir com mais um recurso, de caráter nacional, para estas pessoas.

Processo de Construção

De acordo com Delliti (2020) para a organização de uma psicoterapia em grupo é necessário que o profissional responda algumas questões base que irão nortear o trabalho, são elas: 1) qual o objetivo do grupo? 2) quantos clientes participarão? 3) quantos terapeutas são necessários? 4) o grupo será homogêneo ou heterogêneo? 5) o grupo será aberto ou fechado? 6) qual local, duração, frequência e valor das sessões? Embora, esta intervenção tenha uma característica mais de orientação e apoio do que terapêutica, estas questões foram levadas em consideração.

As respostas a elas podem ser vistas da seguinte forma:

1) Trata-se de um grupo psicoterapêutico com objetivo de produzir dados para uma pesquisa de doutorado e para promoção de habilidades parentais, redução de estresse e para gerar apoio a pais de crianças com TDAH.

2) De acordo com a experiência de Delliti (2020) recomenda-se participação entre seis e oito clientes, que a autora considera ser um número que permite interações, modelação e aprendizagem interpessoal ao mesmo tempo que favorece atenção para análises adequadas. Desta forma, foi estipulada a participação de até 10 pessoas, pensando que poderia haver

desistências ao longo do processo e assim se poderia prevenir perdas de participantes (os dados referentes aos participantes desta pesquisa serão mostrados no próximo capítulo).

3) Foi considerado apenas um terapeuta, a responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, que tem experiência com psicoterapia e condução de grupos.

4) A intervenção foi planejada para pais (mãe e pai) de crianças com TDAH, formando um grupo homogêneo, mas que pode ser heterogêneo quanto a idade e gênero dos participantes. Entretanto, como será visto no próximo capítulo, os participantes que encerraram o estudo foram apenas mães, o que deu uma característica mais homogênea ao estudo.

5) O grupo foi fechado, não foram inseridos novos participantes ao longo do processo.

6) Ocorreu na clínica-escola, com frequência semanal, por nove semanas, duração de duas horas e não foi cobrada a participação.

Além destas questões, que foram pensadas para criação do grupo, Delitti (2020) menciona alguns aspectos que são fundamentais para o desenvolvimento do processo, tais como cuidados com o início para promoção de uma coesão, levantamento dos padrões comportamentais (*déficits* e excessos) e planejamento de estratégias baseadas na análise destes padrões para produzir melhoras comportamentais.

Vale destacar que a coesão é a responsável pelo sucesso da intervenção, pois é vista da mesma forma que a relação terapêutica na psicoterapia individual: a coesão significa que no contexto em grupo o controle exercido é baseado mais em reforçamento positivo do que no controle aversivo, é uma variável que ilustra o contexto reforçador que o grupo deve representar, se relaciona com comportamentos de gerar apoio, ouvir com atenção, validar as experiências emocionais e compartilhar experiências, quando os participantes se sentem confortáveis para emitir estes comportamentos e emitem a coesão está ocorrendo, isso permite fortalecimento de relações interpessoais no processo psicoterapêutico em grupo (DELITTI, 2020). Desta forma, os membros sentem-se amparados, acolhidos, pertencentes e valorizados e cabe ao terapeuta usar estratégias para estabelecer uma boa coesão, o que deve ocorrer desde o início.

O propósito foi trabalhar demandas relacionadas ao contexto familiar com presença do TDAH, com estruturação do programa sobre esta demanda específica o que oferece um foco para o desenvolvimento do grupo. De acordo com este foco, a avaliação inicial consistiu em coletar dados a respeito do repertório dos pais como estilo parental, estresse, percepção do apoio, sintomas de TDAH das crianças e sintomas de TDAH dos pais. As estratégias selecionadas visaram melhoras nestes aspectos avaliados.

É importante considerar que o que foi aprendido no grupo se generalize para fora dele e seja mantido no contexto de vida de cada participante, por isso o uso das tarefas para casa (DELITTI, 2020). Para acompanhar os clientes e ter dados sobre a generalização e manutenção do novo repertório as entrevistas de *follow-up* foram criadas para fornecer estas informações.

Após definir as características básicas de funcionamento do grupo, avaliações iniciais e de acompanhamento, houve a escolha dos recursos que pudessem promover as mudanças desejadas. Cada encontro foi estruturado previamente com objetivos específicos, oito encontros previamente, mais um nono encontro foi decidido no decorrer da intervenção. Optou-se por este para retomada de assuntos relevantes e como forma de revisão, dando acesso para as pessoas que faltaram em algum dia.

Esta proposta contou com algumas fontes de inspiração, a primeira decorre do trabalho de Rezende, Yamada e Moretin (2015) com grupo de apoio psicossocial a pais de crianças usuárias de implante coclear. De acordo com as autoras esta intervenção visava apoio aos pais, não contava com protocolo estruturado e nem com uma abordagem psicológica, sua formação se dava no dia do atendimento agendado para o paciente, assim cada encontro ocorria com participantes diferentes que falavam sobre suas histórias com a surdez e uso do implante coclear de seus filhos. Este tipo de encontro proporcionava, de acordo com relato dos participantes, aprendizagem e esclarecimento de dúvidas, motivação, suporte emocional, sentimento de pertencimento e reflexão (REZENDE; YAMADA; MORETTIN, 2015).

A segunda fonte de inspiração está relacionada com os dados encontrados por Rezende, Calais e Cardoso (2019), que avaliaram o estresse, estilo parental e percepção de suporte social em pais de crianças com TDAH. Os autores obtiveram como resultados que mães apresentaram mais estresse do que pais, houve associação do estresse das mães com práticas parentais negativas e baixa percepção de suporte familiar e quanto maior a idade da criança, pior o estilo parental que a família apresenta.

Outra inspiração que fez parte deste processo foi o *mindfulness* ou atenção plena, que auxilia no processo de atenção e regulação emocional. A atenção plena permite um estado de maior aceitação das adversidades ao trabalhar uma forma não julgadora de eventos emocionais, pessoas e dificuldades. Aceitar não significa adoção de uma postura negligente e de abandono, significa compreender as coisas como elas são, aceitar genuinamente o outro e a si mesmo, é reconhecer sua história e a do outro e saber que o que se tem no momento é o melhor que se pode (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

Também permite, por meio de prática meditativas específicas e exercícios, o desenvolvimento de mais compaixão e autocompaixão, e isso contribui para o aprendizado de que ninguém está isento de sofrimento e que todo mundo deseja se livrar de sofrimentos dando condições para uma maior conexão entre as pessoas (FULTON, 2016). Pais que são praticantes de *mindfulness* têm seu estado de consciência emocional aumentado e isso influencia o modo como se relacionam com seus filhos, pois a prática “permite presença suave, percepção de conexão e desconexão, abertura à comunicação verbal da criança e capacidade de unir-se a ela no brincar – tudo isso ajuda as crianças a vivenciar o amor e a compreensão dos pais de forma mais plena” (GOODMAN, 2016, p. 261)

Mediante comportamentos desafiadores das crianças os pais podem ter comportamentos, que na linguagem utilizada em *mindfulness*, significa automático ou reativo, é o agir de modo a não ponderar as possíveis consequências aversivas da ação para a criança e para si próprio. Desta forma, estas ações automáticas podem ser prejudiciais para o desenvolvimento infantil e a atenção plena ajuda a sair deste automatismo, com estratégias que levam o pensar antes de agir, auxilia no autocontrole e regulação de emoções intensas como a raiva e, assim, torna-se mais fácil adotar comportamentos parentais mais positivos (GOODMAN, 2016).

Goodman (2016, p. 263) aponta que a orientação parental com base em atenção plena pode ser valiosa por ajudar os pais de três formas principais como: “a ser mais compassivos e amorosos com seus filhos, a ver seu próprio comportamento de maneira mais objetiva e a estabelecer limites de maneira mais hábil”. E estas formas de auxílio são relevantes na tarefa de parentalidade, pois de acordo com Bögels e Restifo (2014) embora a parentalidade traga muitas realizações, também traz muitos desafios ao ter que administrar vida pessoal, profissional e emocional com a vida das crianças, e quando existe problemas de comportamento ou psicopatologia dos filhos e/ou dos pais, esta tarefa pode se tornar ainda mais estressante.

Assim, considerando muitas fontes de estresse relacionados a ser pais e mães, Bögels e Restifo (2014) desenvolveram o programa de Parentalidade Consciente ou *Mindful Parenting*. Para os autores, quando sob estresse, os pais tendem a agir de forma pouco habilidosa com suas crianças, usando de estratégias coercitivas como gritos e violência e se beneficiam menos dos programas de treinamento parental, principalmente quando também apresentam alguma psicopatologia citando os pais de crianças com TDAH que também têm TDAH, como exemplo.

Tomando como abordagem teórica deste trabalho a análise do comportamento, que entende o comportamento de acordo com a sua função na relação do organismo com seu

ambiente e sendo selecionado por suas consequências, não cabendo explicações do comportamento como causados por instâncias mentais (SKINNER, 1953), vale a definição de *mindfulness* de acordo com esta perspectiva. No entanto, não há consenso na literatura e por isso a definição que embasará este trabalho é a de Fletcher e Hayes (2005). *Mindfulness* é comportamento operante, obedece aos mesmos princípios comportamentais, produz consequências que podem aumentar o repertório de enfrentamento das pessoas em situações aversivas. Funcionalmente *mindfulness* é uma forma de autoconsciência que permite às pessoas permanecerem na presença de estímulos discriminativos aversivos (pensamentos, sentimentos e situações) que podem evocar comportamentos de esquiva e gerar perdas e prejuízos nas vidas das pessoas que se comportam predominantemente neste padrão (FLETCHER; HAYES, 2005). Desta forma, estar no momento presente, se atentando a estímulos deliberadamente, permite repertório de enfrentamentos minimizando esquivas, isso contribui para parentalidade, pois é uma tarefa que pode evocar aversivos.

Assim, considerando as fontes de inspiração para criação desta intervenção com trabalhos com grupos de pais e *mindfulness* em uma perspectiva comportamental, foram considerados outros elementos relevantes para compor esta proposta. Quando os pais passam por algum tipo de intervenção espera-se que ocorram algumas mudanças relevantes em seu repertório comportamental, estas mudanças irão aparecer em seus contextos de vida nas interações com outras pessoas, como familiares e seus filhos. Então, quando uma pessoa da interação pais-filhos muda de comportamento, isto pode refletir em mudança no comportamento do outro, pois pode haver nesta relação variáveis que controlam o responder um do outro (BANACO, 2020).

Os pais são responsáveis por modelar parte do repertório comportamental de seus filhos, e é por meio das práticas parentais, que é o conjunto de ações direcionadas para manejar os comportamentos das crianças, que isso ocorre. A literatura sobre este assunto vem se desenvolvendo desde Baumrind (1966) e sua proposta de três tipos de modelos parentais (autoritativo, autoritário e permissivo), sendo possível atualmente encontrar vários modelos e nomenclaturas para se referirem a parentalidade, como destacou Bolsoni-Silva e Fogaça (2018). Não são sinônimos embora haja semelhanças, os conceitos “estilo parental”, “prática educativa parental” e “habilidade social educativa parental”, como citam as autoras.

Este trabalho foi fundamentado no modelo parental de Gomide (2006) para quem estilo parental é definido pelo conjunto de práticas educativas parentais que os pais adotam. Estas práticas são divididas em positivas, composta pelo comportamento moral (instrução de valores sociais) e a monitoria positiva (uso equilibrado de afeto e disciplina) e as práticas

negativas, composta por abuso físico e psicológico, negligência, disciplina relaxada (deixar a criança não cumprir com as regras estabelecidas), punição inconsistente (punição ou reforço de acordo com o humor) e monitoria negativa (excesso de instruções).

Estudos como o de Bargas e Lipp (2013) e Rezende, Calais e Cardoso (2019) mostraram que é comum pais de crianças com TDAH terem em seu repertório mais práticas negativas. Nesta intervenção foi levada em consideração a promoção de práticas parentais positivas e redução das práticas parentais negativas.

De acordo com o problema em comum, que foi o TDAH das crianças, buscou-se formas de psicoeducação referente ao transtorno e discussão de temas que são inerentes a este problema como os desafios com os problemas de comportamento, desatenção, desorganização, dificuldades com regras e uso da medicação. Alguns assuntos, que não foram planejados previamente para discussão, apareceram no decorrer do processo como demanda espontânea, por isso houve o planejamento de espaços para que algumas trocas de experiências fossem estimuladas.

Resultados

Os recursos que foram selecionados para atingir estes objetivos foram divididos em Recursos de *Mindfulness* e Recursos Comportamentais. Estão especificados no Quadro 6.

Quadro 6. Recursos *Mindfulness* e Recursos Comportamentais

Recursos de <i>Mindfulness</i>	Recursos Comportamentais
1. Áudios de meditação: relaxamento, respiração, técnica do P.A.R.A.R, espaço de respiração de três minutos e prática de bondade amorosa.	1. Ficha de comandos efetivos
2. Ficha de habilidades de <i>mindfulness</i> – postura não julgadora	2. Ficha de <i>time out</i>
3. Ficha de habilidades interpessoais - validação	3. Psicoeducação e instruções: textos de apoio, exercícios e slides
4. Meditação da uva passa	4. Economia de fichas
5. Uso de metáforas e analogias	5. Quadro de tarefas
6. Aplicativo Lojong	6. Tarefas de casa
7. Ficha: O que eu preciso?	

Fonte: Elaborado pela Autora

Recursos Mindfulness

1) Os áudios de meditação foram gravados no laboratório de rádio e TV da Faculdade de Artes, Arquitetura, Comunicação e Design (FAAC) da Unesp/Bauru pelo técnico responsável e com recursos apropriados para áudios. Foram gravados para que pudessem ser compartilhados com os participantes e para serem utilizados depois nas tarefas de casa. O conteúdo de cada um deles não foi criado, existem em livros e aplicativos de meditação guiada, mas foram adaptados para o contexto e algumas práticas tiveram o seu tempo reduzido por conta da aplicabilidade, as transcrições estão disponíveis em ANEXO C.

2) As fichas de habilidade de *mindfulness* consistiu em instruções sobre como manter uma postura não julgadora por meio de dicas como “veja os fatos, mas não avalie como bom ou ruim, apenas descreva” e ideias para praticar que foram discutidas no encontro e passadas como tarefa de casa, como por exemplo “sem julgar, conte para alguém o que você fez hoje ou algo que aconteceu, atente-se apenas aos fatos”.

3) As fichas de validação foram utilizadas para nortear o assunto sobre adotar uma postura não julgadora e sobre como validar sentimentos difíceis, são instruções sobre o que significa validar e qual sua importância na interação com os filhos, além de fornecer um guia prático sobre como fazer e um exercício para selecionar episódios que ilustrassem comportamentos de validação. Estas fichas (habilidades *mindfulness* e validação) podem ser encontradas no livro de Linehan (2018),

4) A meditação da uva passa (ANEXO C) é um exercício narrado pela psicoterapeuta aos participantes para se conectarem com o momento presente por meio das sensações provocadas com o ato de mastigar um alimento, podendo ser substituída por outra comida. A ideia é notar, desde o momento inicial de contato com o alimento até o final do processo, todas as sensações provocadas (boas ou ruins), por meio de três componentes essenciais de *mindfulness* que são: observar – notar sem julgamento as sensações; descrever – nomear as sensações, e participar – se entregar completamente a experiência.

5) Algumas metáforas e analogias foram escolhidas antecipadamente para compor esta intervenção (ANEXO D). O uso de metáforas tem um papel de auxiliar na experiência como foco, auxilia na lembrança e aplicação (de sua simbologia) para outras situações e quebra a literalidade das palavras, é um recurso muito utilizado na Terapia de Aceitação e Compromisso (SABAN, 2011). Foram utilizadas a da “Máscara de Oxigênio” para mostrar aos pais que antes de salvar a criança eles precisam estar respirando. A dos “Dois Lobos” para indicar a presença nas pessoas de sentimentos “bons” e “ruins” e aquele que alimentamos é que

sobrevive, com a mesma ideia utilizou-se o “Regar as Flores”, e uma história sobre comparação que uma mãe fazia do desempenho do seu filho foi utilizada para discussão sobre expectativas.

6) O aplicativo Lojong tem como objetivo fornecer práticas de meditação guiada, todos os programas foram desenvolvidos por especialistas e praticantes na área e contam com suporte de pesquisas científicas. Ele foi indicado para os participantes usarem em casa e alguns de seus recursos, como vídeos também.

7) A ficha “O que eu preciso?” (ANEXO E) foi traduzida para este contexto como uma forma dos pais entrarem em contato com suas necessidades e pensarem no que fazem ou gostariam de fazer para atendê-las. Nesta ficha há questões para os pais descreverem suas necessidades no momento, o que gostariam de fazer como autocuidado e o que já fazem e como gostaria de receber cuidado dos outros.

Recursos comportamentais

1) A ficha de comando efetivo propõe sete passos a serem seguidos pelos pais para fazerem pedidos de forma efetiva para seus filhos, com instruções claras e objetivas. Como por exemplo, certificar-se antes do que quer que a criança faça, dar um comando por vez com tom de voz firme e direto como “guarde seu sapato”. Estas respostas foram modeladas no encontro com esta temática.

2) A ficha sobre de *time out* descreve detalhadamente como utilizar este recurso para privar/afastar a criança de possíveis reforçadores, deve ser adotado como última possibilidade devido aversividade que pode gerar.

3) A psicoeducação e instruções foram técnicas utilizadas para informar os pais sobre o TDAH, práticas parentais, efeitos do estresse na saúde e sobre atenção plena. Os recursos usados para este propósito foram informações em *slides* e fichas com conteúdos informativos. Os textos de apoio criados e os existentes na literatura estão em APÊNDICE E e ANEXO F. Dos que foram criados um trata-se da saída do “piloto automático”, indicando o que significa estar em “piloto automático” e como sair deste modo de ação. O outro versa sobre Práticas Parentais Positivas x Práticas Parentais Negativas. Dos textos que são existentes na literatura, utilizou-se: “Os benefícios da meditação da Atenção Plena” (WILLIAMS; PENMAN, 2015), “Desmistificando a meditação” (WILLIAMS; PENMAN, 2015) e *Mindfulness – o que é?* (Transcrito do aplicativo Lojong).

4) A economia de fichas é uma técnica utilizada para incentivar comportamentos desejáveis e socialmente relevantes para as crianças. Consiste em combinar com a criança

comportamentos que devem ser emitidos em determinadas circunstâncias e se cumprido a criança recebe um ponto, seja em formato de fichas, pontos em lousa e etc., ao acumular determinada quantidade de pontos a criança pode trocar por algo do seu interesse e que seja viável aos pais. Os pais foram orientados sobre a finalidade desta técnica e como empregar de acordo com as particularidades de cada um.

5) O quadro de tarefas é uma forma de suporte para os pais fazerem pedidos para as crianças. As tarefas do dia a dia que devem ser feitas, como lição da casa, arrumar a cama e escovar os dentes, podem ficar expostas em um quadro e a cada vez que for executado é marcado neste quadro como uma forma de acompanhar a rotina. É uma alternativa a economia de fichas, este não visa trocas e recompensas.

6) As tarefas de casa foram estratégias adotadas em todos os encontros, que foi solicitado aos pais fazerem alguma atividade em casa para discussão no encontro seguinte. Como praticar meditação, ler um texto, preencher ficha de exercícios e fazer algo relevante com os filhos praticando a presença.

A forma como cada um desses recursos foi empregada de acordo com o tema e objetivos de cada encontro e com falas que podem ser norteadoras para a psicoterapeuta estão descritos no Quadro 7. Foram elaboradas para ter duração total de até 2h por encontro.

Quadro 7. Descrição da intervenção por encontro com objetivos, estratégias utilizadas e tempo médio de duração de cada uma

Encontro	Objetivos	Estratégias
1 Apresentação e psicoeducação sobre Atenção Plena e TDAH	Desmistificar conceitos de TDAH e meditação. Mostrar como práticas de meditação podem auxiliar no processo de interação com as crianças.	• Apresentação: descrever brevemente a intervenção e dar as boas-vindas. Usar a metáfora da máscara de oxigênio para introdução. (5 min.) • Cada um se apresenta, diz o nome, porque procurou o grupo, expectativa em estar ali, nome do filho que motivou a procura, descrever uma característica própria que mais gosta e do filho. (35 min.) • Apresentação das regras do grupo. (5 min.) • Exercício para identificar os principais significados atribuídos pelos pais para TDAH (APÊNDICE I). Discussão das ideias com o grupo, identificar similaridades e diferenças. (25 min.) • Apresentação com <i>slides</i> sobre mitos e verdades sobre TDAH (APÊNDICE I). A cada frase os pais são convidados a dizer se trata de um mito ou de uma verdade. Discussão com o grupo. (25 min.) • Introduzir técnica de Meditação do Espaço de Respiração de três minutos com a fala “Vamos dar uma pausa e olhar para o que está acontecendo aqui e agora” (5 min.) • Apresentação com slides sobre o que é Atenção Plena e como esta prática pode ajudar. Mostrar mitos sobre meditação e sinalizar que

		em todos os encontros trabalharemos por alguns minutos com esta técnica. (15 min.) - Finalizar com a mesma prática de respiração de 3 min. Solicitar a tarefa no final. (5 min.) Tarefa: praticar treino de respiração de 3 min. e identificar as dificuldades para discutir no próximo encontro.
2-Sair do piloto automático na convivência com a criança com TDAH	Identificar reações comuns dos pais aos problemas de comportamento, sinalizar para as consequências do que fazem e mostrar possibilidades de alternativas.	- Iniciar com prática de meditação do Espaço de Respiração de três minutos. (5 min.) - Explorar como foi praticar os 3 min. em casa. Continuar desmistificando <i>mindfulness</i> por meio de psicoeducação e de acordo com a demanda apresentada nos relatos (se embasar no texto de apoio). (10 min.) - Iniciar discussão sobre convivência com a criança com as questões: “Como foi receber o diagnóstico?” “Como é ter um filho com TDAH?” “O que é mais difícil no dia a dia?” – solicitar que relatem episódios de interação com a criança. (20 min.) - Inserir momento de pausa para identificar emoções: “Vamos olhar para o que estamos sentindo aqui e agora com estes relatos, olhe para o corpo, explore as sensações e dê nome a elas.” “O que sentem?” “Imaginem esta situação relatada ocorrendo com o filho de vocês. Fechem os olhos e vamos imaginar este problema de comportamento. Imaginem vocês na situação. O que sentem? Onde sentem no corpo?” (10 min.) - Questões para explorar práticas parentais: “O que vocês geralmente fazem nestas situações? Como REAGEM?” Deixar que descrevam os comportamentos e em seguida identificar as consequências junto com o grupo: “Quais os efeitos da REAÇÃO?” Deixar que descrevam e estimular a troca de experiências. (Quando descreverem práticas negativas descrever empaticamente os efeitos, se alguém relatar uma prática adequada descrever assertivamente como modelo). (30 min.) - Introduzir a fala: “REAGIR é uma resposta automática: aqui vamos aprender a AGIR de modo eficiente e menos estressante. Vamos sair do piloto automático” Definir o que é estar no piloto automático (<i>slide</i> com imagens e pequeno texto explicativo). (10 min.) - Continuar explicando: “1º passo é parar e observar, como fizemos ao imaginar. Assim é possível dar pausas e ESCOLHER uma ação” “Voltando para a mesma situação (pode escolher algum exemplo dado pelos pais como modelo e generalizar para o grupo, ou cada um pensa na situação que descreveu), como você gostariam de poder AGIR? Vamos imaginar novamente a mesma interação, o que fariam?” Explorar os relatos e trocas de informação entre os participantes. (20 min.) - Inserir prática do P.A.R.A.R. Exemplo de fala: “Vamos aprender a dar esta pausa, aqui e agora e vamos fazer este exercício” (10 min.) - Completar com estratégias de observar, descrever e participar do momento presente como forma de sair do piloto automático no dia a dia, usar exercício da uva passa. (5 min.) - Finalizar com a mesma prática do início e passar a tarefa. (5 min.) Tarefas: praticar exercício do P.A.R.A.R. Escolher uma atividade cotidiana (individual) para praticar saída do piloto automático e escolher uma atividade com a criança para observar, descrever,

		participar, sem julgamento no momento presente (olhar para a criança).
3-Ações efetivas - treino de práticas parentais: limites, instruções e regras	Promover práticas parentais positivas.	• Início com meditação de bondade amorosa (12 min.) • Discussão da tarefa e identificação das dificuldades. Orientar de acordo com a demanda apresentada. (20 min.) • Introduzir assunto sobre práticas parentais. “Vamos olhar nos próximos encontros para nossas ações e vamos aprender modos para deixá-las mais efetivas” Por exemplo: “Como conseguir com que meu filho tenha limites, siga regras e instruções (obedeça) no dia a dia?” (apresentar questão no <i>slide</i>). (5 min.) • 1º passo: Deve-se saber o que a criança tem que realizar. Apresentar as perguntas (<i>slide</i>): O que eu quero que meu filho faça? Em casa, na escola, no parque, com os amigos, como eu quero que ele se comporte? Solicitar que imaginem o que idealizam e depois apresentar as idealizações para discussão. Questionar: O quanto isto que se quer pode ser real? Tentar aproximar o que os pais esperam das reais possibilidades da criança. Exemplo: Uma criança com TDAH talvez não possa ficar fazendo a tarefa escolar sozinha por 2h, as idealizações às vezes não serão possíveis. Este momento é para ajustar as expectativas dentro das possibilidades. (15 min.) • 2º passo: Reconhecer suas dificuldades em colocar as regras. Apresentar as perguntas: por que não consigo dizer não? O que acontece quando tento colocar limites? Por que para mim o caminho é sempre castigar, bater ou gritar? Deixar que alguns pais respondam. Em seguida apresentar as perguntas: O que é necessário neste momento presente com meu filho? O que é necessário para estabelecer limites? Deixar que alguns pais respondam e estimular a interação validando o que relatem. (15 min.) • 3º passo: seguir modelos de regras e instruções (ANEXO G) “Comandos efetivos”, entregar cópia para cada participante e discutir junto com eles cada item. Orientar os pais para estabelecer regras consistentes e que podem ser seguidas e conseqüenciadas. Sinalizar durante a explicação que é importante que os pais se beneficiem dos limites colocados para a criança, pois assim podem cuidar de si próprios, por exemplo: a criança ter hora para dormir também é importante para os pais que terão tempo para se reestabelecerem, conversarem, namorarem. A regra que vale para a criança também pode favorecer os pais e isto visa promover autocompaixão e autocuidado. (30 min.) • Vamos imaginar situações de quebra de limites. Pedir que algum participante escolha uma situação, descreva, identifique sentimentos e emoções em si e na criança. Explorar relato sobre como podemos aplicar regras, instruções e limites nestas situações. (15 min.) • Encerrar com meditação do Espaço de Respiração de três minutos. Solicitar tarefa. (5 min.) • Tarefa: meditação bondade amorosa, praticar as novas habilidades, registrar as dificuldades e leitura do texto informativo para identificar quais práticas costumam exercer.
4-Ações efetivas - treino de	Promover práticas	• Início com meditação de bondade amorosa. (12 min.)

práticas parentais: uso do <i>time out</i> , reforçamento e punição	parentais positivas.	• Discussão da tarefa. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. Retomar leitura do texto sobre práticas parentais. (20 min) • Psicoeducação sobre práticas parentais positivas com <i>slides</i> com modelos. (15 min.) • Apresentar as questões: O que fazer quando mesmo passando instruções, deixando a regra clara, a criança insiste em desobedecer? Por que devo dizer não ao meu filho mesmo que ele insista muito? Por que devo ignorar alguns comportamentos? Por que devo retirar alguns privilégios? Por que devo reconhecer comportamentos desejáveis? Deixar que alguns pais respondam após cada pergunta e fornecer a resposta apropriada ou questionamentos. (20 min). • Então, como fazer? Escolher comportamentos problemas junto com os pais e falar sobre possíveis manejos em grupo (lembrando sempre da função do comportamento da criança que não está sendo analisado, por isso os cuidados com regras gerais que podem funcionar em um caso e não em outro). Explicar o passo-a-passo do <i>time out</i> (ANEXO H), quando utilizar e os cuidados com a estratégia. (40 min.) • Discutir os efeitos da violência - bater e gritar. Compreender os motivos que levam os pais ao uso desta estratégia (empatia), falar das emoções difíceis (“bati porque estava muito nervoso com ele”). (15 min.) • Estratégia de auxílio: ensinar os pais a observar o que está acontecendo no agora. Descrever a situação por exemplo: “meu filho está me chantageando”. Definir qual seu estado emocional por exemplo: “me sinto com raiva”. Procurar regular a emoção (respirar, dar um tempo) e aplicar a técnica. Sinalizar para o cuidado de não perder o momento adequado. É necessário equilibrar a regulação emocional com a necessidade de aplicar as estratégias de disciplina. (15 min.) • Encerrar com meditação do Espaço de Respiração de três minutos e passar tarefa. (5 min.) • Tarefa: meditação, testar as novas habilidades, registrar dificuldades e preencher atividade “O que eu preciso?”
5-Regulação do estresse: aprendendo a relaxar	Ensinar estratégias para promoção de relaxamento.	• Início com exercício de relaxamento. (20 min.) • Discussão das tarefas. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. Sobre a atividade “O que eu preciso” cada participante conta o que preencheu e como foi identificar estas necessidades além das dificuldades de poder realizá-las. (20 min.) • Mostrar os efeitos do estresse para a saúde e como se relaciona com as práticas parentais com auxílio de <i>slides</i>. (15 min.) • Discutir sobre o que é mais estressante na rotina dos pais. Pode ter relatos não voltados para a interação com a criança, o que não deve ser um impedimento, deve ser estimulado. Os pais podem encontrar conforto um no outro. Podem aparecer barreiras socioeconômicas que interferem na qualidade de vida. Acolher estas demandas, realizar apoio (oferecer suporte fora do grupo e encaminhamentos se necessário). Com cuidado e empatia questionar o estresse na interação com a criança. Além do estresse de outras situações, como é chegar em casa e olhar para as dificuldades com a criança? Estimular o relato e discussão entre os pais. (30 min.)

		• Vamos dar uma pausa e olhar para o aqui e agora. Como estamos nos sentindo neste momento? Identificar emoções, sentimentos e usar estratégia de respiração. (5 min.) • Escolher o episódio mais estressante que teve com a criança até hoje. Lembre. Fique alguns instantes lembrando. Como foi este dia? Tente identificar o que sente no corpo enquanto lembra. Nesta lembrança o quanto REAGIU ligado no piloto automático? O quanto estava consciente do que estavam sentindo e fazendo? Em uma escala de 0-100. 0 = nada conscientes e 100 = atenção plena. Se estivessem mais próximo de 100 a situação seria diferente? Estimular o relato. (25 min.) • Finalizar com prática dos três minutos de respiração e passar tarefa. (5 min.) • Tarefa: prática de relaxamento do início da sessão. Escolher uma atividade cotidiana (individual) para praticar saída do piloto automático e escolher uma atividade com a criança para observar, descrever, participar, sem julgamento no momento presente (olhar para a criança).
6-Aceitação: criança idealizada x criança real	Promover aceitação do TDAH e dos problemas de comportamento.	• Início com exercício de relaxamento. (20 min.) • Discussão da tarefa. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. (20 min.) • Usar analogia com história da expectativa materna. A partir desta colocação solicitar que os pais olhem para o momento em que desejaram que as coisas fossem diferentes, olhar para o que sentem. Como é isto para vocês? Deixar que relatem e troquem experiências. (20 min.) • Inserir conteúdo sobre postura julgadora x postura não julgadora. Quando não aceitamos a pessoa ou situação tendemos a julgar. Questionar: Vocês já foram ou se sentiram julgados? Como foi isto? Com se julgam como pais? E com o filho de vocês, quando vocês julgam? Mostrar que o julgamento impede de se conectar com a experiência do momento (dar vários exemplos que já surgiram na interação com grupo e outros). (20 min.) • Psicoeducação com auxílio de <i>slides</i> sobre o que é ter uma postura não julgadora: é igual aceitação. Aceitar não significa ser negligente ou não colocar limites, aceitar significa compreender a criança com TDAH. Se compreender como pais de uma criança com TDAH. Estas estratégias visam reduzir colocações como “essa criança é má”, “ele não tem jeito, já desisti”, “ele é burro” ou “eu sou um péssimo pai”. Ensinar como praticar no dia a dia. O que fazer quando estamos julgando? Discutir conteúdo da ficha de habilidades <i>mindfulness</i> – postura não julgadora. (40 min.) • Exemplo: ouvir a criança com atenção, como é ouvir o que ela tem a dizer? Focar no momento presente, também significa fazer uma coisa de cada vez. Enquanto a criança fala, você só ouve ou está envolvido em multitarefas? Solicitar que os pais falem sobre estas questões. Dar mais exemplos: “Como julgar impede que as coisas ocorram de modo efetivo? Criança bate no irmão e ocorrem julgamentos: “você é ruim, Papai do céu vai ficar triste com vocês”, “o quanto, isto é, nada efetivo? Como podemos fazer de um modo mais efetivo? • Encerrar com prática de meditação de três minutos e passar a tarefa. (5 min.)

		• Tarefa: observar pensamentos julgadores sobre si próprio e a criança e praticar estratégias de mudanças. Praticar relaxamento.
7-Regulação das emoções	Ensinar regulação emocional.	• Início com prática de meditação Bondade Amorosa. (12 min.) • Discussão da tarefa. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. (20 min.) • Introduzir o assunto sobre as principais emoções: raiva, alegria, tristeza, nojo, medo. “Vocês sabem identificar estas emoções?” Pensar em situações em que as sentiu junto com a criança. Descrever. Usar <i>slide</i> como apoio, mostrar as expressões das emoções. (15 min.) • Como os filhos de vocês fazem quando estão com raiva, medo? Como vocês lidam? Explorar relato e troca de experiências. (20 min.) • Mostrar a importância de todas as emoções e as consequências de não sabermos como regulá-las. A ideia não é não sentir, é importante reconhecer e escolher modos efetivos de ação. Sair do piloto automático das emoções. Como comunicar o que sente de modo não violento na interação? Ensinar validação das emoções. Usar ficha de habilidades interpessoais - validação emocional. (40 min.) • Usar a metáfora de “regar as flores” e dos dois lobos para exemplificar. Solicitar que os pais pensem e descrevam uma situação em que conseguiram sentir um amor muito forte pelo filho. (10 min.) • Como ensinar as crianças sobre as próprias emoções? Mostrar para os pais que elas devem saber prestar atenção aos sinais do corpo. Identificar, nomear, aprender a dar uma pausa e agir. Meditar com a criança, ensiná-las a respirar. (15 min.) • Encerrar com algumas das meditações e solicitar tarefa. • Tarefas: assistir junto com a criança o filme Divertidamente e conversarem sobre. Perguntar para criança quando ela sente as emoções e ouvir sem julgamento. Praticar meditação guiada junto com a criança. Pensar sobre as dificuldades até o momento para discutir no próximo encontro.
8-Aprimorando habilidades I	Revisar conteúdos dos encontros anteriores e explorar as dificuldades trazidas pelos pais.	• Início com prática de meditação do aplicativo Lojong (escolher alguma diferente). (10-20 min.) • Discussão da tarefa. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. (20 min.) • Retomar os principais tópicos de aprendizagem: saída do piloto automático, regulação do estresse e emoções, práticas parentais positivas x negativas, instruções e regras, uso de estratégias para reforçar o comportamento e para consequenciar (<i>time out</i>, ignorar, reconhecer). (40 min.) • Apresentar de forma sintética o conteúdo. Perguntar como tem sido usado cada um deles pelos pais. (30 min.) • Apresentar estratégias extras que não foram exploradas ao longo do programa, mas que foi observada como relevante. Por exemplo, como utilizar economia de fichas e quadro de tarefas. (20 min.) • Explorar a troca de experiências e ajudar a modelar comportamentos relevantes trazidos pelos pais.

9- Aprimorando habilidades II	Explorar as dúvidas e dificuldades que ainda permanecem e encerrar os encontros.	• Início com prática de meditação que os participantes escolherem das que já foram ensinadas. (10-20 min.) • Discussão da tarefa. Orientação de acordo com as demandas apresentadas. (20 min.) • Questões para nortear o encontro: como está o desempenho até agora? Quais dificuldades encontradas? Solicitar que contem situações sobre como colocaram limites, usaram <i>time out</i>, reconheceram comportamento adequados, usaram punição e explorar o relato e troca de experiências. Reconhecer as práticas positivas. (40 min.) • Discutir sobre como realizar atividades prazerosas com a criança. Brincar, meditar, ler e treinar a atenção. Oferecer exemplos de atividades. (20 min.) • Encerrar o encontro e o grupo. Fornecer breve resumo de como foi estar com os pais e se despedir. (20 min.)
-------------------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pela Autora

Estas estratégias que compõe o programa de intervenção se configuram na VI deste estudo. As VD's que são esperadas em cada encontro estão descritas no Quadro 8.

Quadro 8. Variáveis dependentes esperadas para cada encontro realizado

Encontros	VD's
1-Apresentação e psicoeducação sobre Atenção Plena e TDAH	Ampliação da compreensão sobre o que é TDAH e Atenção Plena.
2-Sair do piloto automático na convivência com a criança com TDAH	Agir com mais consciência das emoções e do comportamento, saber identificar (nomear) as emoções e perceber o como estão se comportando em determinadas circunstâncias. Ampliar o repertório de descrição do próprio comportamento e de escolha de comportamentos que produzam consequências diferentes das que controlam o responder atualmente.
3-Ações efetivas - treino de práticas parentais: limites, instruções e regras	Saber discriminar comportamentos que sejam relevantes para as crianças e para a família, elaborar regras, fazer pedidos e reconhecer as dificuldades em colocar limites para os filhos ampliando o repertório de descrição do próprio responder.
4-Ações efetivas - treino de práticas parentais: uso do <i>time out</i> , reforçamento e punição	Reduzir o uso de estratégias violentas de disciplina, saber aplicar o <i>time out</i> e discriminar quando é necessário, reconhecer comportamentos desejáveis e saber dar feedback sobre eles para os filhos como forma de fortalecer o vínculo e momentos de afeto e para fortalecer emissão de comportamentos desejáveis pelas crianças.
5-Regulação do estresse: aprendendo a relaxar	Reduzir respondentes de ansiedade e estresse.
6-Aceitação: criança idealizada x criança real	Aceitar a condição crônica do TDAH, identificar o que os filhos sabem e podem fazer, gerenciar a vida de acordo com as limitações e potencialidades da criança.

7-Regulação das emoções	Discriminar emoções, observar e descrever as emoções, discriminar estímulos que eliciam os diferentes tipos de emoções e agir para aumentar a frequência de emoções mais desejáveis.
8-Aprimorando habilidades I	Ter repertório de práticas parentais positivas, redução de práticas parentais negativas, redução de respostas de estresse, maior conhecimento sobre o TDAH e percepção de suporte social no grupo.
9-Aprimorando habilidades II	Ter repertório de práticas parentais positivas, redução de práticas parentais negativas, redução de respostas de estresse, maior conhecimento sobre o TDAH e percepção de suporte social no grupo.

Fonte: Elaborado pela Autora

Considerações Finais

A proposta de uma intervenção em grupo para pais perpassa por etapas com o propósito de produzir resultados significativos aos participantes. Primeiro, é necessário identificar a necessidade do grupo e compreender qual sua finalidade, para em seguida elaborar estratégias que possam atendê-las.

A intervenção que foi descrita consistiu em trabalhar com demandas de mães de filhos com diagnóstico de TDAH, dando ênfase às participantes e não ao sintoma do transtorno. Constatou-se que grupos desta natureza poderiam ser benéficos ao propor um espaço de trocas e escuta, proporcionando apoio social, redução de estresse e discussões sobre o TDAH e estratégias parentais.

Ter um filho com algum transtorno acarreta adversidades e os pais precisam de suporte para poder passar pelas etapas de desenvolvimento da criança, com informações adequadas, escuta e orientações para resolução de problemas. Ao encontrar pessoas que passam por situações semelhantes, pode haver condições mais propícias para que ocorra o aprendizado de novas formas de agir e uma percepção maior de suporte social. Por isso é relevante estratégias em grupo com pessoas que enfrentam problemas em comum.

Para a construção do que foi apresentado houve desafios e possibilidades. Como desafios destaca-se a seleção prévia de recursos para compor as etapas do processo sem saber ao certo o quanto podem proporcionar os resultados esperados. No entanto, esta escolha não é feita às cegas, pois a literatura que demonstra resultados com as técnicas foi consultada e levantou-se hipóteses de que neste contexto poderia produzir melhoras nas VD's selecionadas.

Recurso como *mindfulness* é pouco conhecido na cultura brasileira e não existe o hábito de práticas meditativas, o que pode ser visto como desafio ao ter que adaptar o recurso ao cotidiano das mães. Da mesma forma ocorre com as técnicas comportamentais para manejo de comportamento, que devem ser inseridas nas discussões em linguagem acessível para favorecer a assimilação, o que deve ser pensado com antecedência e adaptado ao contexto do grupo.

A seleção de participantes é outro desafio, como é um grupo específico, com necessidade de diagnóstico médico confirmado, pode haver dificuldades no recrutamento. Então, estratégias para recrutar pessoas devem ser elaboradas, mas mesmo assim espera-se dificuldades para encontrar participantes que se engajem no processo até sua conclusão, o que é comum em pesquisas com seres humanos.

Quanto as possibilidades, para aqueles que se engajarem no processo, o grupo poderá oferecer oportunidades de encontros, resoluções de problemas, geração de apoio, melhora em estresse com práticas de relaxamento e meditação e ajuda com práticas parentais. Os recursos selecionados podem oferecer estes benefícios para esta população e é possível que isso ocorra de acordo com todo material analisado e consultado para esta proposta.

Portanto, espera-se que o que foi apresentado como proposta de intervenção aos pais de crianças com TDAH seja aplicado a vários grupos e avaliado para verificar seus reais benefícios e necessidades de melhorias. Assim, será possível construir e reconstruir formas de auxílio para estas demandas parentais.

REFERÊNCIAS

- BARGAS, J. A.; LIPP, M. E. N. Estresse e estilo parental materno no transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, 17(2), 205-2013, 2013. <https://doi.org/10.1590/S141385572013000200002>
- BARKLEY, R. A. Transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARKLEY, R. A. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. 3ªed. The Guilford Press: New York, 2013.
- BANACO, R. A terapia analítico-comportamental em um grupo especial: a terapia de famílias. In: DELITTI, M.; DERDYK, P. **Terapia Analítico Comportamental em Grupo**, 2ªed., Londrina: Editora Macenas, 2020.
- BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 12(2), 242-249, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200014>
- BÖGELS, S.; RESTIFO, K. **Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners**, Mindfulness in Behavioral Health, Springer Science Business Media, New York, 2014. https://doi:10.1007/978-1-4614-7406-7_1
- BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S. **Promove-Pais treinamento de habilidades sociais educativas: guia teórico**. 1ª ed, São Paulo: Hografe, 2018.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; WEBER, L. N.; ALVARENGA, P. Orientação de pais na prática clínica. In: GORAYEB, R.; MIYAZAKI, C.; TEODORO, M. (Orgs.) **Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde**. Porto alegre: Artmed, 2017.
- DELITTI, M. Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. In: DELITTI, M.; DERDYK, P. **Terapia Analítico Comportamental em Grupo**, 2ªed., Londrina: Editora Macenas, 2020.
- FLETCHER, L.; HAYES, S. Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. **Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy**, 23(4), 315-336, 2005. <https://doi:10.1007/s10942-005-0017-7>
- FULTON, P. R. *Mindfulness* como treinamento clínico. In: GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GOODMAN, T. A. Trabalhar com crianças. In: GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

REZENDE, F. P.; CALAIS, S.L.; CARDOSO, H. F. Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Prática**, 21(2), 134-152, 2018. <https://doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171>

REZENDE, F. P.; YAMADA, M. O.; MORETTIN, M. Grupo de apoio psicossocial: Experiências de pais de crianças com deficiência auditiva usuárias de implante coclear. **Psicologia em Estudo**, 20(3), 377-388, 2015. <https://doi:10.4025/psicoestud.v20i3.27234>

SABAN, M. T. **Introdução à terapia de aceitação e compromisso**. Santo André: ESEtec, 2011.

SKINER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. Brasília: Ed. UnB/ FUNBEC, 1953.

WILLIAMS, M.; PENMAN, D. **Atenção Plena Mindfulness: como encontrar a paz em um mundo frenético**. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

WALDINGER, R. J. *et al.* Security of attachment to spouses in late life: Concurrent and prospective links with cognitive and emotional wellbeing. **Clinical Psychological Science**, 1-45, 2014. <https://doi:2167702614541261>

WEBER, L. D. **Eduque com carinho: para pais e filhos**. Curitiba: Jururá, 2005.

APÊNDICE I

EXERCÍCIOS

TDAH – Mito ou Verdade?

(frases adaptadas de Barkley (2002) e outras elaboradas pela autora)

- 1) O TDAH é causado na interação pais e filhos.
- 2) O TDAH é uma *disfunção ou distúrbio* neurobiológico e comportamental.
- 3) A medicação para TDAH não deveria ser usada, pois **gera dependência**.
- 4) A medicação para TDAH é invenção para vender remédio.
- 5) A medicação dopa a criança com TDAH.
- 6) O uso adequado da medicação ajuda na concentração e atenção.
- 7) O remédio é capaz de fazer a criança ficar 100% melhor.
- 8) O remédio melhora a hiperatividade e atenção, o que PODE ajudar a criança a aprender várias coisas, como obedecer e seguir regras.
- 9) Os pais devem ensinar as crianças como obedecer e seguir regras.
- 10) O comportamento das crianças com TDAH podem ser modificados quando os pais interagem de modo diferente.
- 11) Toda criança é hiperativa e desatenta.
- 12) Os sintomas de TDAH desaparecem espontaneamente no final da adolescência.
- 13) Todas as crianças com TDAH são hiperativas.
- 14) Toda criança com TDAH tem dificuldade de aprendizagem, a criança não aprende por causa do TDAH.
- 15) Nas meninas o tipo mais comum é o desatento.
- 16) O tipo desatento pode passar muito tempo sem ser identificado, ou ser confundido com outras condições, como depressão, deficiência intelectual leve ou problemas psicológicos.
- 17) O diagnóstico de TDAH é simples de ser feito.
- 18) O TDAH não existe.

Exercício para atribuição de significados

Escrever em uma folha em branco tudo que vier em pensamentos, palavras, frases e sentimentos, diante a expressão Transtorno do *Déficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Depois compartilhar com o grupo e ver similaridades e diferenças.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do RG _____, residente à rua _____, nº _____, na cidade de _____, estado _____, aceito participar da pesquisa **“Intervenção em grupo para pais de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”**, realizada por Fernanda Pádua Rezende – CRP 06/113157, sob responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais, da UNESP de Bauru. A referida pesquisa tem como objetivo desenvolver uma intervenção em grupo para pais de crianças com TDAH. Tal pesquisa se justifica para fornecer informações adequadas sobre o TDAH a pais, ensinar práticas parentais positivas, ajudar no controle do estresse e prover apoio social. Espera-se que os pais possam ter uma qualidade de vida melhor, se relacionar positivamente com os seus filhos e que os problemas de comportamento das crianças diminuam em função do manejo dos pais.

Os procedimentos propostos não apresentam elevado risco para a sua saúde e bem-estar, mas se sentir algum desconforto, você poderá manifestar à pesquisadora, que irá acolhê-lo(a) e verificar a necessidade de encaminhamentos. Comprometo-me, se necessário, prestar suporte psicológico em minha clínica particular, sem ônus para você. Não haverá nenhum tipo de prejuízo financeiro pois os dados serão coletados na própria escola. Reitero que caso você se sinta prejudicado(a) de alguma forma, todo o empenho será feito para indenizá-lo(a).

Os benefícios previstos, decorrentes da sua participação no grupo seriam proporcionar a oportunidade de mudanças importantes em sua vida, trazendo mais qualidade de vida, apoio social, oportunidade de melhoria na relação com seus filhos, redução de estresse e possíveis melhoras de comportamentos nas crianças.

Sua participação consistirá em responder inicialmente a entrevistas, inventários e escalas; após, participação semanal, por dez encontros, no grupo. Ao término do grupo e após seis meses do seu término, respostas às mesmas entrevistas, inventários e escalas para ver se houve mudanças e se permaneceram.

Você poderá solicitar acesso às informações sobre os procedimentos relacionados à pesquisa quando quiser. Você tem plena liberdade de se recusar a participar ou de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Informo também que sua privacidade será respeitada e que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais e resultados da avaliação, em todas as fases da presente pesquisa.

Os dados obtidos poderão ser apresentados de forma fidedigna e divulgados em meios como palestras e/ou publicados em periódicos científicos, sem quebrar o sigilo. Este termo constará de duas cópias, ficando uma para você.

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao estudo.

Assinatura do(a) participante _____ Bauru, ____/____/____

Pesquisador Responsável

Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais -CRP 06/1588 Fernanda Pádua Rezende CRP 06/113157

e-mail: scalais@fc.unesp.br

fernandarezende@ymail.com

Telefones: (14) 3103-6087

(14) 98130-0017

Comitê de Ética em Pesquisa - UNESP Bauru - Coord.: Prof. Dr. Mário Lázaro Camargo,
tel. 3103-9400 - Seção Técnica Acadêmica e-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

ANEXO B

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Estado Civil: _____ Quantos filhos: _____ Idade dos
filhos: _____Qual sua renda familiar? () de 1 a 3 salários () de 3 a 5 salários () de 5 a 7 salários
() de 7 a 9 salários () mais de 10 saláriosPratica exercícios físicos: () sim () não
Qual: _____ Frequência: _____

Fumante: () sim () não Quantidade de cigarros por dia: _____

Consumo de álcool: () sim () não Frequência: _____

Tratamentos _____ e _____ medicamentos
contínuos: _____

Está em atendimento psicoterápico? () sim () não

Religião: () sim () não. Qual? _____

Seu(a) filho(a) recebeu diagnóstico de TDAH? _____ Há quanto
tempo? _____ Qual tipo de TDAH ele tem (hiperativo, desatento ou
combinado? _____ Qual a idade dele(a) hoje? _____ Qual profissional fez o
diagnóstico? _____ Seu(a) filho(a) faz uso de medicação para o
TDAH? _____ Quais? _____ Seu(a) filho(a) faz algum
outro tratamento? _____ Qual? _____

A escola que ele estuda é pública ou privada? _____

ANEXO C

Transcrição dos áudios de meditação

Espaço de respiração de três minutos: Passo 1 – *tornar-se consciente*: adote uma postura ereta e ativa, pode ser sentado ou em pé. Se possível feche os olhos. Depois traga a consciência para experiência interior e reconheça-a, perguntando: qual é a minha experiência agora? Que pensamentos estão passando por minha mente agora? Que sentimentos estão presentes? Volte para qualquer sensação de desconforto ou emoção desagradável, reconhecendo-os, sem tentar mudá-los. Que sensações corporais estão presentes? Explore o corpo para detectar qualquer tensão ou vigor, reconhecendo as sensações, mas novamente sem tentar mudá-las. **Passo 2 – *reunir e concentrar a atenção*:** agora redirecionando a atenção para um ponto limitado, concentre nas sensações físicas da respiração no abdômen, expandindo-se quando o ar entra e recuando quando o ar sai. Siga cada inspiração e cada expiração. Use a respiração como oportunidade de se ancorar no presente. Se a mente divagar suavemente conduza a atenção de volta à respiração. **Passo 3 – *expandir a atenção*:** agora, expanda o campo de consciência da respiração para incluir o corpo inteiro, como se todo ele estivesse respirando. Caso perceba qualquer desconforto ou tensão, sinta-se livre para trazer seu foco de atenção direto para essa sensação, imaginando que a respiração possa entrar e envolvê-la. Desta forma você está explorando suas sensações, tonando-se amigo delas, ao invés de tentar mudá-las de alguma forma, quando elas se aquietarem, volte à meditação, consciente de todo corpo, momento após momento (WILLIAMS; PENMAN, 2015, p. 109). Tempo: 4min18s

Exercício P.A.R.A.R.: 1) P.: **parar** por um instante, observar todo o corpo, em qualquer posição, com os olhos abertos ou fechados. 2) A.: **atentar** para o momento, posição, contato do corpo com a superfície. 3) R.: **respirar**, observar atentamente a respiração, entrada e saída do ar pelas narinas, movimento imposto pela respiração, sem forçar ou modificar nada. 4) A.: **ampliar**, considerar tudo que está acontecendo junto com a respiração, sensações físicas, emocionais e os pensamentos e incluir na respiração. 5) **responder**, decidir, o que você precisa neste momento? (para tomar uma decisão, escolher uma ação consciente) (Adaptada do aplicativo Lojong). Tempo: 5min29s

Meditação de bondade amorosa: Para começar vamos buscar uma atitude de abertura, gentileza, curiosidade, de gentiliza conosco. Estrar nesta prática com esta intenção. Vamos nos acomodar. Não importa como esteja sentado, ou deitado, o que importa é a intenção. Fique em uma posição que permita estar neste momento. Tome consciência de estar onde está, das

sensações do corpo. Ajuste para ficar confortável e com estabilidade. Perceba o corpo respirando. Permitindo a respiração que aconteça naturalmente. Simplesmente observando a respiração. Percebendo o ar entrando pelas narinas, preenchendo o abdômen e seguindo o ar saindo do corpo. Tomando consciência deste processo que está sempre recomeçando. Você pode perceber que acontece todos os tipos de pensamentos, julgamentos, sentimentos, emoções, ansiedade, irritabilidade, tédio, seja o que for que esteja presente, simplesmente registre. Só registre tudo que se passa pelo pensamento, com você, enquanto respira. Totalmente presente nesta respiração. E agora veja se é possível trazer a mente alguém por quem você tem emoções positiva, alguém que quando lembra você sorri, que tem afeição, que se sente ligado, traga esta pessoa à consciência, traga a imagem desta pessoa e permita sentir os sentimentos associados a esta pessoa. Sentimentos de carinho, afeto, admiração. E você pode achar que estes sentimentos possam ser intensificados com desejos a estas pessoas. Faça para esta pessoa os desejos: “que você tenha saúde e proteção, que você tenha compreensão, que você tenha uma vida leve e livre de sofrimentos, que você seja feliz e possa buscar a causa e as condições de sua própria felicidade”. Procure agora trazer pessoas de seu convívio, familiares, amigos, pessoas próximas. Veja como é a sensação de fazer para estas pessoas os mesmos desejos: que tenham saúde e proteção, compreensão, sejam felizes, que tenham uma vida leve e livre de sofrimentos. Faça algumas vezes estes desejos a estas pessoas. Traga agora a sua própria imagem. Pense em você mesmo com gentileza. E faça os mesmos votos: “que eu tenha saúde e proteção, que eu tenha compreensão, que eu tenha uma vida leve e livre de sofrimentos, que eu seja feliz e possa buscar a causa e as condições de minha própria felicidade” (Adaptada do aplicativo Lojong).

Tempo: 8min29s

Técnica de relaxamento: comece respirando profundamente algumas vezes. Inspirando pelo nariz e expirando pela boca. Procure cultivar a aspiração de bem-estar mais profundo. De tranquilizar o corpo e a mente. Vamos procurar respirar de forma desimpedida, devagar e profundamente. Vamos relaxando nosso corpo, nossos pensamentos, silenciando nosso diálogo interno, desacelerando o fluxo de pensamentos sobre o passado e o futuro, permitindo que a consciência descanse neste instante presente. Descontraída e aberta, naturalmente ciente. A chave deste relaxamento encontra-se na respiração. Ao expirar permita-se relaxar, soltar. Respire sem esforço de forma natural e descontraída. Inspirando e expirando no ritmo natural, liberando qualquer tensão, permitindo o descanso da consciência em seu estado natural. A cada expiração permita soltar o corpo, liberando as tensões. Agora, procuramos percorrer o corpo. Começando pela testa, permitindo relaxar os músculos da testa, como se estivessem se soltando,

derretendo. Relaxe também os músculos da mandíbula e da face. Tome consciência dos ombros, procurando relaxá-los. Perceba os seus braços, até os dedos. Fique por alguns instantes observando esta sensação de relaxamento. Sempre que quiser use o recurso da respiração para relaxar mais. A medida que expira solte os músculos, relaxando. Relaxe também o tórax, para isso você pode respirar de forma mais profunda para localizar o tórax e em seguida soltar, relaxando o tórax. Atente para seu abdome, procurando relaxá-lo. Relaxamos as costelas, as costas, toda musculatura das costas, leve sua consciência até a coluna, procurando perceber cada vértebra, uma a uma. Relaxe profundamente o quadril, as nádegas. Vamos começando a relaxar as coxas, primeiro a esquerda, soltando os músculos bem devagar, a cada expiração, soltando cada vez mais. Descemos a perna esquerda e relaxamos a perna esquerda, os pés e os dedos. Agora vamos para a perna direita, a coxa, relaxando os músculos. Descemos a perna direita, até os pés, soltando cada músculo. Observe por alguns instantes o conforto deste relaxamento. Procure não adormecer, para aproveitar plenamente este relaxamento profundo. Esta prática permite o equilíbrio do corpo. E agora procure tomar consciência das sensações táteis da superfície do seu corpo. Este é o foco que vamos sustentar agora. Pode aparecer pequenos formigamentos na pele, ou o contato do ar com a pele. Apenas observe estas sensações na superfície do seu corpo. Vamos nos movendo devagar, iniciando pelos pés, os dedos dos pés, as mãos, os dedos das mãos. Vamos movendo com suavidade os braços, em nosso próprio ritmo. Deixando que o corpo o oriente em seu próprio ritmo natural e aos poucos vamos finalizando a prática. Em seu próprio tempo você pode suavemente abrir os olhos (Adaptada do aplicativo Lojong). Tempo: 12min2s

Exercício da uva passa: comer a uva passa explorando as sensações físicas. Explorar todos as sensações desde olhar para pegar, segurar na mão, direcionar até a boca, colocar na boca, comer, mastigar e engolir. Observar cada movimento, sensações no paladar (mesmo que ruins) e o momento de engolir. Descrever cada momento e participar, sem julgamentos, de modo atento e consciente (WILLIAMS; PENMAN, 2015, pp. 66-68).

ANEXO D

Metáforas e analogias

Máscara de oxigênio: Quando vamos para algum lugar de avião uma das recomendações que recebemos é que em caso de necessidade precisamos primeiro colocar a máscara de oxigênio e nós, para depois checar a pessoa ao lado e oferecer alguma ajuda. Pensando na vida como pais é importante entender que: antes de colocar a máscara em alguém, coloque em si próprio. Não podemos ajudar ninguém se não sobrevivermos. A criança só poderá receber sua máscara de oxigênio se os pais estiverem respirando. (autor desconhecido)

Regar as flores: todos temos sementes de amor e compaixão dentro de nós, assim como sementes de ódio e raiva. Quanto mais regamos as sementes do amor e da compaixão, mais amor e compaixão nós cultivamos por nós mesmos e pelos outros (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

Dois lobos: Um velho índio disse ao seu neto: “meu filho, tenho dois lobos em guerra dentro de mim. Um lobo do amor e outro do ódio. E o neto pergunta ao avô: “vô, quem vai ganhar esta guerra?” O sábio índio responde: “filho, vai ganhar o lobo que eu alimentar.” (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

Comparação materna: criança estava nadando na aula de natação, sua mãe a observava e imaginava o dia em que ela estaria ganhando uma medalha de ouro olímpica. Para a criança a única coisa que realmente importava era estar ali sentindo os efeitos prazerosos da água. De repente, a mãe se depara com a comparação, de que seu filho não é tão bom quanto o colega que se destaca e isso a entristece (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

ANEXO E

FICHA: O que eu preciso? (traduzido de BÖGELS; RESTIFO, 2014)

Você só tem que deixar o macio do seu corpo amar o que ama.

Pare para fazer a pergunta: "O que preciso, como pai ... e como indivíduo?" é o primeiro passo para a autocompaixão na vida cotidiana dos pais. Como posso cuidar de mim mesmo como pai (fisicamente, mentalmente, emocionalmente, relacionalmente, espiritualmente)?

Como eu já cuido de mim mesmo (como indivíduo e pai)?

Existem novas maneiras de cuidar de mim?

Que cuidados eu preciso dos outros para me sentir apoiado como pai (meus filhos, meu (ex) parceiro, outros cuidadores, escola, meus pais, amigos, etc.) [lembre-se que você nem sempre terá o cuidado que você quer, mas o mais importante é que você se conscientize e expresse o cuidado que você gostaria - e merece - mesmo que você nunca consiga daquela pessoa]?

Como eles já se importam comigo (como indivíduo e pai)?

Há novas maneiras que eu gostaria que eles se importassem comigo?

ANEXO F

Textos de apoio

Os benefícios da meditação da Atenção Plena

“Estudos mostram que os meditadores regulares são mais felizes e mais satisfeitos do que a média das pessoas. Esses resultados têm uma importante repercussão na saúde, já que as emoções positivas estão associadas a uma vida mais longa e saudável.

A ansiedade, a depressão e a irritabilidade diminuem com sessões regulares de meditação. A memória melhora, as reações se tornam mais rápidas e o vigor mental e físico aumenta. Os meditadores regulares têm relacionamentos melhores e mais gratificantes.

Estudos feitos no mundo todo comprovam que a prática da meditação reduz os principais indicadores do estresse crônico, incluindo a hipertensão. A meditação é eficaz também para reduzir o impacto de doenças graves, como dor crônica e câncer, podendo até auxiliar no combate à dependência de drogas e álcool. Além disso, pesquisas indicam que a meditação fortalece o sistema imunológico, ajudando a combater resfriados, gripe e outras doenças.” (WILLIAMS; PENMAN, 2015, pp. 13-14)

Desmistificando a meditação

- Praticar a atenção plena não exige muito tempo, mas é preciso ter paciência e persistência. Muita gente nota que a meditação alivia as pressões cotidianas, liberando tempo para gastar com coisas mais importantes.
- A meditação não é complicada. Não tem nada a ver com “sucesso” ou “fracasso”. Mesmo quando sentir dificuldades para meditar, você vai aprender algo valioso sobre o funcionamento da mente e se beneficiar psicologicamente. A meditação não vai entorpecer sua mente nem o impedir de se empenhar para ter uma carreira brilhante. Também não vai obrigá-lo a adotar uma postura de Poliana diante da vida.
- A meditação não implica aceitar o inaceitável, mas ver o mundo com clareza para ser capaz de tomar atitudes mais sábias para mudar o que precisa ser mudado. A prática da atenção plena ajuda a cultivar uma consciência profunda e compassiva que nos permite avaliar nossas metas e encontrar o melhor caminho para agir de acordo com nossos verdadeiros valores (WILLIAMS; PENMAN, 2015 pp. 14-15).

Texto de apoio sobre *mindfulness*

“Atenção Plena: é indispensável para meditação, é a habilidade de focar a atenção a um objeto específico e lembrar do que se está fazendo. Por exemplo, focar a atenção na respiração, significa lembrar de que estamos respirando, é notar o acontecer por escolha. É qualidade da consciência, de estar aqui e agora. Qualidade de estarmos atento ao que fazemos no momento. O momento presente é tudo o que temos. O passado já foi e o futuro não chegou. Um exemplo de como nossa atenção não é focada é quando vamos lavar louça, já reparou que neste momento pensamos em TUDO, menos no que estamos de fato fazendo? Quando vamos comer um bolo de chocolate e tomar um café, a primeira mordida e o primeiro gole são notados, mas depois, nem nos damos conta de que o bolo acabou. Quando olhamos para o que está acontecendo, percebemos que os nossos pensamentos estão tagarelando, somos capazes de observar nossos pensamentos. Na maior parte do tempo estamos no piloto automático. Focar a atenção ao lavar louça é perceber as mãos, a água, o prato, o começo, o meio e o final do processo. Atenção plena é lembrar, seu oposto é o esquecimento. Saiba o que está fazendo no momento, ao tomar banho e escovar os dentes. Tudo é treinamento de estar presente, porque o presente é tudo o que temos!” (texto do vídeo do aplicativo Lojong)

ANEXO G

Comandos Efetivos

(Traduzido de Barkley, 2013)

O modo como os comandos (ordens e pedidos) são comunicados à criança pode favorecer o engajamento delas para cumprir com o solicitado. Quando passar comando para os filhos sigam os seguintes passos:

- 1) **CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ QUIS DIZER ISSO:** nunca dê um comando que você não tenha certeza de que poderá ser seguido até sua conclusão. Quando você faz um pedido, planeje consequências apropriadas para o comportamento de fazer ou não fazer da criança (reforço ou punição) para mostrar que você quis dizer o que disse.
- 2) **NÃO APRESENTE UM COMANDO COMO UMA QUESTÃO OU FAVOR:** diga de forma simples, direta e com tom de voz firme.
- 3) **NÃO DÊ MUITOS COMANDOS DE UMA VEZ:** as crianças só conseguem fazer uma coisa de cada vez. Dê uma instrução específica, certifique-se de que foi concluída, ofereça aprovação para o comportamento e depois faça nova instrução. (Ex: ao sair para a escola: 1) escove os dentes. 2) coloque os sapatos. 3) pegue a mochila.)
- 4) **CERTIFIQUE-SE DE QUE A CRIANÇA ESTÁ PRESTANDO ATENÇÃO EM VOCÊ:** faça contato ocular com a criança. Se necessário, gentilmente traga a face da criança em direção a sua e solicite que ela lhe escute, em seguida diga o comando e acompanhe a execução.
- 5) **REDUZA AS DISTRAÇÕES ANTES DE DAR O COMANDO:** este erro é muito comum, muitos pais dão instruções enquanto a criança está assistindo televisão, jogando *videogame* ou ouvindo música. Deste modo, ela não irá prestar atenção. Indique para a criança que você irá desligar os aparelhos, desligue e comunique o comando. Ou dê o comando para a criança desligar, olhar para você e depois dê o comando.
- 6) **PEÇA PARA A CRIANÇA REPETIR O COMANDO:** não precisa ser feito todas as vezes, mas deve ser feito quando você não tiver certeza se a criança ouviu ou entendeu o comando. Com as crianças que têm um tempo de atenção bem curto, fazer este passo irá aumentar a probabilidade de que elas cumpram o comando.
- 7) **USE CARTÕES COM TAREFAS:** se seu filho tem idade suficiente para realizar tarefas em casa e para ler, você pode usar cartões de tarefa. Liste no cartão de tarefa os passos que ele deve seguir para realizá-la. Quando quiser que ele execute a tarefa, mostre a ele o cartão com os passos e indique o momento em que a tarefa deve estar pronta.

ANEXO H

Tempo Limite

(Traduzido de Barkley, 2013)

Após todas as tentativas para fazer a criança cumprir os comandos e não ter funcionado, este método poderá auxiliar como estratégia de disciplina. Lembre-se, apenas diga o que você pode cumprir, evite ameaças. Certifique-se de que naquele momento poderá utilizar esta estratégia. Os passos são o seguinte:

- 1) Sempre dê o primeiro comando, com uma voz firme e agradável. Não grite, mas também não fale como se fosse pedir um favor. Siga as instruções sobre comandos efetivos. Faça uma declaração simples e direta com tom de voz firme.
- 2) Depois de ter dado o comando, em voz alta conte para trás de 5 a 1. Depois das primeiras semanas contando em voz alta, pedimos que pare de contar deste modo e só conte silenciosamente para você. Ao fazer isto, a criança não irá depender da contagem para obedecer ao comando. Mas por enquanto não tem problema a contagem em voz alta.
- 3) Se a criança não obedecer neste tempo de 5 segundos, faça contato ocular, mude sua voz para outro nível, adote uma postura firme e diga: “se você não fizer (repetir comando), você irá ficar sentada na cadeira.
- 4) Depois de dar este aviso, conte novamente em voz alta.
- 5) Se a criança não cumprir neste tempo de contagem, leve a criança firmemente pelo pulso ou pelo braço e diga, “você não fez o que eu pedi, então você vai para a cadeira!” Isto deve ser dito em tom de voz alto e firme e então a criança deve permanecer no local estipulado. A criança vai imediatamente para o local estipulado independente se ela fizer promessas de cumprir o comando. Se a criança resistir, use força física de modo brando para que ela fique. A criança não poderá parar para ir ao banheiro, tomar água, ou ficar falando com os pais. Ela deve ser levada imediatamente.
- 6) Coloque a criança no local e diga com severidade “Você ficará aqui até que eu diga que poderá sair”. Você poderá dizer que não voltará até que ela fique quieta. Mas não repita isto muito, duas vezes basta.
- 7) Não fale com a criança enquanto ela está na cadeira. Ninguém pode falar com ela enquanto ela está neste processo. Você deve voltar a fazer o que estava fazendo antes. Mas certifique-se de saber o que a criança está fazendo durante o tempo limite. Quando a criança cumprir o tempo, volte até ela e diga, “Você está pronto/a para fazer o que eu pedi?” Se ela havia feito algo como xingar ou bater, deve simplesmente prometer não fazer outra vez.
- 8) Neste ponto, a criança irá começar a fazer o que foi pedido. Reconheça este passo e diga em tom de voz neutro “Eu gosto quando você cumpre o que eu peço, obrigada”.
- 9) Assista o comportamento apropriado e parabeneze a criança por fazer. Isto garante que a criança seja sempre tão recompensada quanto punida e mostra para ela que você não está com raiva da criança, só que você não gostou do ela fez.

Quanto tempo a criança deve permanecer na cadeira?

Três condições devem ser observadas:

1. A criança deve cumprir uma sentença mínima quando levada ao tempo limite. Isto deverá ser em torno de 1-2 minutos para cada ano da idade. Use 1 minuto para regras quebradas de leve a moderada e 2 minutos para regras mais graves.

2. Uma vez que a sentença mínima tenha acabado, espere até que a criança fique quieta. O primeiro momento é para a criança ser levada ao tempo limite, isto pode levar vários minutos ou uma hora ou mais. Você não pode ir até a criança até que ela fique quieta para os próximos momentos (em torno de 30 segundos ou mais), mesmo que isto signifique que a criança permaneça no tempo limite por 1-2 horas, pois ela poderá ficar argumentando, fazendo birra, gritando ou chorando alto.
3. Uma vez que a criança tenha ficado quieta para os próximos momentos, ela deve concordar com o que foi solicitado. Se era uma tarefa, a criança deve concordar em fazer. Se foi algo que a criança fez errado, como falar palavrões, mentir e assim por diante a criança deve prometer não fazer outra vez. Se a criança falha em concordar com o que deve ser feito (diga NÃO) e diga que ela ficará no tempo limite até que você diga que ela poderá sair. Ela deverá cumprir outra sentença mínima, ficar quieta e concordar com o solicitado. Ela não poderá sair até que concorde com o comando.

E se a criança sair do tempo limite sem consentimento?

É comum a criança querer testar a autoridade dos pais ao iniciar o uso do tempo limite podendo escapar do local. Caso isto ocorra é recomendado o seguinte:

1. A primeira vez que a criança se levantar do lugar, coloque-a de volta ao lugar e diga em tom de voz alto e com aparência severa, “Se você sair daqui outra vez eu vou colocá-lo em seu quarto”.
2. Se a criança se levantar novamente, você a leva para o quarto e faça-a sentar na cama. Lembre-se de retirar do quarto brinquedos ou qualquer coisa que seja atrativa.
 - Você pode deixar a porta do quarto aberta, mas se ela tentar sair, a porta deve ser fechada para garantir o período de tempo limite.
 - Pode-se discutir outras alternativas com os pais.

O que devo considerar como sair do local estipulado?

É quando ambas as nádegas saem do local em que deve estar sentada. Portanto, girar, olhar para outro lado, não é considerado sair do local. Se ambas as nádegas saírem recomenda-se o que foi orientado. A criança deve ser alertada sobre o comportamento.

Onde deve ser o local?

Deve ser um lugar estratégico, que não tenha nenhum estímulo que a criança goste. Deve ser em um canto, longe da parede, ela não pode chutar a parede. O lugar deve permitir que a criança possa ser observada pelos pais. Recomenda-se o uso de uma cadeira para isto.