



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO**

**ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM TREINO PARENTAL SOBRE
COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS COM TDAH: COMPARAÇÃO ENTRE
SETTING TERAPÊUTICO E AMBIENTE DOMICILIAR**

Maria Elizabete Coelho das Neves

**Belém - Pará
Agosto/2008**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO**

**ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM TREINO PARENTAL SOBRE
COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS COM TDAH: COMPARAÇÃO ENTRE
SETTING TERAPÊUTICO E AMBIENTE DOMICILIAR**

Maria Elizabete Coelho das Neves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento para obtenção do Título de Mestre, realizada sob a orientação da Prof.^a Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

**Belém – Pará
Agosto/ 2008**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Orientadora

Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon
Universidade de Brasília
Membro

Profa. Dra. Ana Emília Vita Carvalho
Centro Universitário do Pará
Membro

Prof. Dr. Romariz da Silva Barros
Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Suplente

Dedico esta obra aos quatro homens de minha vida, Otacílio (marido), Artur e Andrey (filhos) e ao meu, nunca esquecido, primeiro esposo e pai dos meus preciosos filhos, Amadeu, *in memoriam*. Aos meus pais (Manoel e Jacira) e a meus seis irmãos (ãs) (José, Simone, Elizangela, Ed Carlos, Missilene e Edilan). E aos participantes da pesquisa que representam todos os portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDAH e seus familiares.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido senti-lo perto, dando-me forças para progredir nas etapas e superar os obstáculos que apareceram ao longo do percurso.

Aos coordenadores e professores do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, especialmente, a Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, Profa. Dra. Marilice Garotti, Prof. Dr. Romariz Barros e a Profa. Dra. Socorro Aguiar, por terem contribuído no aprimoramento dos meus conhecimentos dentro da abordagem da Análise do Comportamento, tanto no que se refere à pesquisa básica como na aplicada.

À Diretora Acadêmica do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Dra. Simone Neno e às profissionais do Projeto Caminhar, Dra. Ana Emília Carvalho, Dra. Helena Feio e funcionários da recepção da Ala B pelo acesso e colaboração desde o início até o término da pesquisa.

Aos membros da banca examinadora dessa dissertação, Profa. Dra. Ana Emília Carvalho, a Profa. Dra. Célia Zannon e o Prof. Dr. Romariz Barros, pelo aceite de examinarem tal trabalho.

À Profa. Dra. Eleonora Arnaud Ferreira pela orientação competente e compromissada, pela serenidade, firmeza, segurança e objetividade com que conduziu as minhas dúvidas e inseguranças, provocadas pelas pressões, obstáculos e exigências de cada etapa do mestrado; habilidades essas advindas de uma terapeuta experiente, de um ser humano e profissional ímpar que foram imprescindíveis para que eu me sentisse fortalecida e continuasse a cumprir todas as etapas necessárias.

As minhas preciosas auxiliares de pesquisa, Débora de Oliveira e Fernanda Bengio pela disponibilidade, empenho, dedicação, compromisso e responsabilidade com que conduziram as tarefas as quais eram incumbidas de cumprirem. A busca incessante de vocês em aprender novas habilidades foi um grande incentivo para mim.

À Diretora da Diretoria de Assistência Social (DAS), na época, Sr^a Ivone Oliveira, da Secretaria do Estado de Assistência e Desenvolvimento Social-SEDES, órgão o qual faço parte como servidora pública efetiva, pela flexibilidade e acordo em liberar-me das minhas atividades laborais para fins de execução das etapas finais da pesquisa (análise dos resultados e escrita da dissertação).

À amiga e colega de trabalho, a pedagoga Almira Mendes, na época, Gerente do Plantão Social da Delegacia de Crimes Contra a Integridade da Mulher-DCCIM, pela autorização de troca de plantões entre as colegas de trabalho e intercessão junto à Direção do órgão para minha transferência para a sede da Secretaria, que foram fatos imprescindíveis para garantia de participação e cumprimento dos critérios avaliativos das disciplinas que fazem parte da grade do mestrado.

A todas as colegas de trabalho da DCCIM e hoje, as da Coordenadoria de Proteção Social Especial da Média Complexidade –CPSE-MC, pelo apoio, torcida e colaboração desde à época em que fui admitida no mestrado na condição de aluna especial até hoje.

A minha amiga Lúcia Helena Costa e seu namorado Sérgio Silva pela disponibilidade, empenho e desprendimento ao socorrerem-me todas as vezes em que o meu computador tinha algum problema técnico.

Às amigas de profissão, Adriene Robert, Ana Cristina Maués, Celina Azevedo, Fátima Teixeira, Keila Rebello, Mariene Casseb, Marta Santos, Mislene Lima, Nilda Barata, Patrícia Neder, Paula Frassinetti, Rachel Benchaya, Silvia Canaan-Oliveira, Silvia Maués e Wardie Salame, e todas as demais que sei que torceram e torcem pelo meu êxito.

Aos meus amigos(as), em especial Ana Karla Peres e sua mãe Clotilde Peres, e todos os meus familiares pelo incentivo e por entenderem minhas ausências em muitos dos eventos sociais e minha indisponibilidade de visitá-los com a frequência com que eu gostaria de fazer.

Às minhas sogras e sogro, primeiramente, a Sr^a Ivonete Neves e Sr. Amadeu Neves, que seguraram as pontas com o meu filho mais velho, dando a ele, em um momento em que eu não podia, uma atenção extensiva e contínua; e a D. Tereza Fontes *in memoriam* pela compreensão, força, incentivo e torcida.

Aos meus pais, que, embora não tenham tido oportunidade quando jovens de estudarem, foram sempre compreensivos, incentivadores e demonstram ter orgulho de mim, dos meus esforços e êxitos, e, dessa vez, não se comportaram de modo diferente.

Ao meu atual marido, grande companheiro e responsável pela implementação da coleta de dados uma vez que era ele quem me levava “para cima e para baixo” com todos os equipamentos aos locais de realização da pesquisa. Foi ele quem também sentiu mais minha ausência, nas longas e contínuas madrugadas em que trabalhei e não dormi ao seu lado; não o comuniquei em eventos e, por vezes, se privava de ir para me dar apoio logístico em casa. Foi ele quem suportou diretamente os efeitos dos fatores externos extremamente estressantes sobre o meu comportamento. Obrigada, meu amado Otacílio pelo colo, incentivo, compreensão, apoio logístico, emocional e até financeiro e, principalmente, por existir em minha vida.

Aos meus preciosos e tão amados filhos, Artur e Andrey, que pelo simples fato de existirem já são para mim motivo suficiente de agradecimentos, agora quanto mais quando compreenderam e aceitaram as renúncias que, algumas vezes, tive que fazer; quando foram tão prestativos e cooperativos comigo e atenderam inúmeros dos meus pedidos; meus amores, isso não tem preço saber por atos que és amada por quem amas.

A todos os meus clientes de consultório que foram compreensíveis e flexíveis em todos os momentos em que necessitei conciliar minha vida acadêmica com a de psicoterapeuta.

Aos participantes da pesquisa, crianças, seus pais e professoras pela aceitação e disponibilidade em participar das etapas da pesquisa, sem as quais eu não conseguiria obter os dados que subsidiam os resultados e discussão dessa dissertação. Aprendi muito com e sobre vocês.

A todos que contribuíram para que direta e/ou indiretamente esse ciclo de minha vida se concluísse com êxito.

Agradeço sinceramente a todos e todas.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iv
Lista de Tabelas	v
Resumo	vii
Abstract	viii
Introdução	1
1- Definição de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	1
2- Etiologia	1
3 - Critérios de Diagnóstico	2
4 – Sintomatologia	3
5 - Tipos de TDAH	4
6 - TDAH e Prevalência	5
7 - TDAH e Comorbidades	5
8 - Tratamentos Indicados para TDAH	6
8.1- Intervenções Psicossociais	7
8.2 -Tratamento Farmacológico	9
9 - Pesquisa Básica/Aplicada e Treinamento Parental em TDAH	11
10-TDAH e Contribuições da Análise do Comportamento	16
10.1- Intervenção Comportamental com Pais	20
10.2 -Alguns Conceitos e Procedimentos da Análise do Comportamento	23
11 -TDAH e Estilo Parental	32
Objetivos	35
Método	35
1- Participantes	35
2- Composição da Amostra	36
3- Ambiente	36
4- Instrumentos, Materiais e Equipamentos	37
5- Procedimento	42
6- Análise dos Dados	56
7- Resultados	83
8- Discussão	140
9- Referências Bibliográficas	162
10- Anexos	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Jogos e Materiais Selecionados de Acordo com a Classificação do Sistema ESAR	42
Tabela 2:	Características de Cada Membro das Díades por Condição	83
Tabela 3:	Resultados Obtidos com a Primeira Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 1	86
Tabela 4:	Resultados Obtidos com a Primeira Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 2	88
Tabela 5:	Resultados Obtidos com a Primeira Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 3	90
Tabela 6:	Resultados Obtidos com a Primeira Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 4	92
Tabela 7:	Resultados Obtidos com a Primeira Aplicação do IEP com os Responsáveis da Condição 1 e da Condição 2	94
Tabela 8:	Resultados obtidos por meio da Primeira Aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade- Versão para Professores	96
Tabela 9:	Frequência de Comportamentos Observados quanto ao Cumprimento do Agendamento das Sessões de Intervenção	97
Tabela 10:	Qualidade da Descrição das Instruções de Atendimento Feita pelas Mães e pelas Crianças da Condição 1 e da Condição 2 nas Cinco Sessões de Intervenção	99
Tabela 11:	Ocorrência das Categorias de Análise do Comportamento da Mãe Observadas Durante as Sessões de Intervenção na Condição 1 e na Condição 2 e Suas Respectivas Práticas Parentais Positivas	101
Tabela 12:	Ocorrência das Categorias de Análise do Comportamento da Mãe Observadas Durante as Sessões de Intervenção na Condição 1 e na Condição 2 e Suas Respectivas Práticas Parentais Negativas	103
Tabela 13:	Total de Unidades de Análise do Comportamento de Autocontrole e de Hiperatividade/Impulsividade Observadas por Criança e por Condição de Intervenção	105
Tabela 14:	Ocorrência das Categorias de Autocontrole Observadas na Criança Durante as Sessões de Intervenção na Condição 1 e na Condição 2	106
Tabela 15:	Ocorrência das Categorias de Hiperatividade/Impulsividade Observadas na Criança Durante as Sessões de Intervenção na Condição 1 e na Condição 2	109
Tabela 16:	Número de Escolhas por Tipos de Jogos ou Tarefas realizadas pela Criança e pela Mãe ao Longo das Cinco Sessões de Intervenção	111
Tabela 17:	Número Total de Jogos e Tarefas Realizados Durante as Sessões de Intervenção por Díade e por Condição	113

Tabela 18:	Descrição Feita pela Mãe e pela Criança quanto ao grau de satisfação em relação às sessões de intervenção	114
Tabela 19:	Resultados Obtidos com a Segunda Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 1	116
		vi
Tabela 20:	Resultados Obtidos com a Segunda Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 2	119
Tabela 21:	Resultados Obtidos com a Segunda Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 3	120
Tabela 22:	Resultados Obtidos com a Segunda Aplicação do CBCL e do TRF: Criança 4	122
Tabela 23:	Comparação entre os Resultados Obtidos na Primeira e na Segunda Aplicação da Lista de Verificação Comportamental com as Crianças da Condição 1: Consultório (CBCL/ 6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos)	124
Tabela 24:	Comparação entre os Resultados Obtidos na Primeira e na Segunda Aplicação da Lista de Verificação Comportamental com as Crianças da Condição 2: Domicílio (CBCL/ 6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos)	127
Tabela 25:	Comparação entre a Primeira e a Segunda Avaliação do Comportamento da Criança Feitas pela Mãe e pela Professora	131
Tabela 26:	Resultados obtidos com a Segunda Aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP) com os Responsáveis Participantes da Condição 1 e da Condição 2	133
Tabela 27:	Comparação entre a Primeira e Segunda Aplicação do IEP com os Responsáveis Participantes da Condição 1 e da Condição 2	134
Tabela 28:	Resultados obtidos por meio da Segunda Aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade- Versão para Professores	137
Tabela 29:	Comparação entre a Primeira e Segunda Aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-versão para professores com os Participantes da Condição 1 e da Condição 2	138

Neves, M. E. C. (2008). Análise dos efeitos de um treino parental sobre comportamentos de crianças com TDAH: comparação entre *setting* terapêutico e ambiente domiciliar. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Esse estudo foi realizado com o objetivo de contribuir com a avaliação dos efeitos de uma intervenção comportamental direcionada a pais/responsáveis de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH, investigando os efeitos desse modelo de treino parental em duas condições, *setting* terapêutico (Condição 1) e ambiente domiciliar (Condição 2), sobre a ocorrência de comportamentos de hiperatividade *versus* autocontrole. Os participantes foram pais de quatro crianças, na faixa etária entre cinco e nove anos. Utilizaram-se como instrumentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, Inventário de Estilos Parentais-IEP, Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes-CBCL/TRF, Escala do TDAH versão para professor, Roteiro de Entrevista Inicial, Roteiro de Entrevista de Avaliação, Roteiro de Entrevista Final, Critério de Classificação Econômica Brasil-CCEB. O procedimento de pesquisa consistiu em: (a) contato com neuropediatra; (b) triagem e convite aos participantes; (c) distribuição de dois participantes para cada condição de intervenção; (d) avaliação inicial, incluindo entrevista com os responsáveis, aplicações do TCLE, IEP e CBCL; (e) visita à escola e aplicações do TCLE, da Escala do TDAH e do TRF, versões para professor; (f) realização de cinco sessões de intervenção, gravadas em áudio e vídeo, duas de linha de base, uma de habituação às regras e duas de manutenção das regras e instalação de comportamento de auto-observação, que envolveram situações de interação em jogos de regras, com participação da terapeuta-pesquisadora, da mãe e da criança; (g) realização de entrevista de avaliação da primeira fase; (h) reversão de contextos para os participantes e (i) avaliação final, realizada por meio de entrevista com os responsáveis e re-aplicação dos instrumentais padronizados com pais e professores, utilizados anteriormente, mais o CCEB. Os dados obtidos por meio dos instrumentos padronizados receberam o tratamento indicado nos manuais. Dois sistemas de categorias de análise do comportamento foram utilizados, um para descrever os comportamentos das mães e outro para comportamentos observados nas crianças. Os principais resultados sugerem que as crianças em ambiente de consultório tiveram maior ocorrência de emissão de comportamentos de autocontrole do que as em ambiente de domicílio, as quais, por sua vez, tiveram prevalência de comportamentos de hiperatividade/impulsividade. Do mesmo modo, as mães em ambiente de consultório obtiveram maiores escores em práticas educativas positivas e menos em negativas, comparadas às mães do grupo de domicílio. Houve aumento de práticas educativas positivas para a maioria das mães. Discute-se o contexto de consultório enquanto um ambiente eficaz de intervenção, embora se reconheça que as dificuldades de controle de comportamentos inadequados são maiores para os pais em ambiente domiciliar, por isso, intervenções em ambiente natural devem ser consideradas no processo terapêutico. Por outro lado, o treino parental demonstrou ser efetivo na aquisição, fortalecimento e manutenção de práticas educativas positivas em todas as mães, o que pode influenciar beneficemente os comportamentos das crianças com TDAH.

Palavras-chave: TDAH, treino parental, *setting* terapêutico vs domicílio, autocontrole.

ABSTRACT

Neves, M. E. C. (2008). Analysis of parental training effects on child behavior with ADHD: a comparison between therapeutic setting and home environment. Master's Dissertation presented before the Graduate Program in Theory and Behavior Research. Belém: Federal University of Pará.

This study aims to contribute with the evaluation of the effects of behavioral intervention addressed to parents/guardians of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD, investigating the effects of this model on parental training under two conditions, therapeutic setting (Condition 1) and home environment (Condition 2), on the occurrence of hyperactivity behavior *versus* self-control. The participants were the parents of four children, between five and nine years of age. The following instruments were used: Free Informed Term of Consent - FITC, Parental Style Inventory – PSI, Child Behavior Checklist – Teachers Report Form CBCL/ TRF, teacher's version of the ADHD rating scale, Initial Interview Guideline, Interview and Evaluation Guideline, Final Evaluation Guideline, Brazilian Economic Rating Criteria-BERC. The research process consisted in: (a) contacting a pediatric neurologist; (b) participants' triage and invitation; (c) distribution of two participants for each condition of intervention; (d) initial evaluation, including interview with the guardians, application of FTIC, PSI and CBCL; (e) visit to school and application of FTIC, ADHD rating scale and teacher's versions of TRF; (f) five intervention sessions, taped in audio and video, two baselines, one habituation to rules and two maintenance in behavior and installation of self-observation behavior, which involved situations of interaction in games with rules, with participation of therapist- researcher, the child's mother, (g) an evaluation interview on the first phase; (h) reversion of context for the participants and (i) final evaluation, done through interviews with the guardians and a repetition of the previously used standard instruments with the parents and teachers, plus the BERC. The data obtained through such standardized instruments received treatment indicated in the manuals. Two systems of categories for behavior analysis were used, one to describe the mothers' behavior and the other, the children's behavior. The main results suggest that children in the consulting room environment had a greater occurrence of behavior emission of self-control than in the home environment, which, on the other hand, had prevalence of hyperactivity-impulsivity behavior. Likewise, mothers in the consulting room environment scored better than those in the home environment group. There was an increase in educative practices for most mothers. One discusses the consulting room context as an effective intervention environment, although it is recognized that the difficulties of control of inadequate behavior are greater for parents in the home environment, as a result, intervention in a natural environment must be considered during the therapeutic process. On the other hand, parental training has demonstrated to be effective in the acquisition, enhancement and maintenance of positive educative practices for all mothers, which may influence beneficially the behavior of children with ADHD.

Keywords: ADHD, parental training, therapeutic *setting* vs home environment, self-control.

A presente pesquisa pretendeu analisar os efeitos de uma intervenção comportamental direcionada a pais/responsáveis de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) sobre (i) a ocorrência de comportamentos de hiperatividade, (ii) a instalação de comportamentos de autocontrole em tais crianças e (iii) os estilos parentais. A intervenção aconteceu em situações de interação em jogos de regras, com a participação de um dos pais/responsáveis, a criança e uma terapeuta-pesquisadora (TP) experiente, em dois contextos: *setting* terapêutico (consultório) e ambiente domiciliar (domicílio).

A pesquisa, além do enfoque nos efeitos da intervenção em dois contextos sobre o comportamento de criança e responsável, investigou a generalização dos possíveis benefícios para outro ambiente, no caso, a escola.

1. Definição de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é definido como uma doença crônica que se apresenta como um quadro sindrômico, constituído por um conjunto de sinais e sintomas. A avaliação do transtorno requer a manifestação da tríade sintomatológica clássica da síndrome, caracterizada pela desatenção, hiperatividade (atividade motora excessiva) e impulsividade, inadequadas à faixa etária do indivíduo e presentes em pelo menos dois ambientes distintos, ou seja, em diferentes contextos, como na família e na escola (Cypel, 2000; Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk, 2000; Silvia, 2003; Szobot, Eizirik, Cunha, Langleben & Rohde, 2001; Vasconcelos, 2002).

2. Etiologia

Inúmeros estudos têm sido realizados com o objetivo de precisar a etiologia do TDAH, porém, suas causas ainda não são conhecidas (Rohde & Halpern, 2004). Cypel (2000) alerta para a complexidade e multiplicidade de fatores que podem interferir no TDAH, ressaltando ainda que a probabilidade da manifestação da síndrome seja determinada por um somatório de fatores desencadeantes, que diverge de indivíduo para indivíduo em decorrência da heterogeneidade dos casos.

Vasconcelos (2002) também enfatiza a variedade etiológica, apresentando os fatores neurológicos e genéticos como explicação dos sintomas e ocorrência do transtorno. Os fatores neurológicos são representados por danos no desenvolvimento, estrutura e função do córtex pré-frontal, suas redes de conexões com outras regiões do cérebro,

especialmente o corpo estriado, o que ocasionaria déficits na manutenção da atenção, inibição, regulação da emoção, motivação e capacidade de organização e planejamento futuro. Já os fatores genéticos encontram fortes indícios nos estudos que investigaram familiares adotivos e gêmeos na etiologia do TDAH. A autora ainda enfatiza que, os fatores puramente ambientais e sociais não figuram na literatura como fatores causais, mas sim como fatores que contribuem para a persistência/manutenção dos sintomas. A exposição a certas toxinas com elevados níveis de contaminação por chumbo ou outros metais, bem como a exposição pré-natal ao álcool e ao fumo também podem estar associadas à hiperatividade e desatenção.

3. Critérios de Diagnóstico

Quanto ao diagnóstico do TDAH, ele tem sido feito fundamentalmente por meio de critérios operacionais clínicos, provenientes do sistema classificatório utilizado em psiquiatria, o CID-10¹ e do DSM-IV² (Rohde & Halpern, 2004; Vasconcelos, 2002). Segundo Rohde e cols. (2000) e Rohde e Halpern (2004), apesar da utilização de nomenclaturas diferentes (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no DSM-IV e transtornos hipercinéticos no CID-10), ambos os sistemas classificatórios apresentam mais similaridades do que diferenças. Em pesquisa realizada no Brasil com adolescentes de uma escola em Brasília, encontraram-se indicativos da adequação dos critérios propostos no DSM-IV, reforçando a aplicabilidade dos mesmos em nossa cultura (Rohde, Biederman, Busnello, Zimmermann, Schmitz, Martins, & Tramontina, 1999).

O DSM-IV propõe a necessidade de pelo menos seis dos nove sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade para que ocorra o diagnóstico de TDAH. No entanto, tem-se sugerido que esse limiar seja reduzido para cinco ou menos sintomas em adolescentes e adultos, face à possibilidade de continuidade dos prejuízos no seu funcionamento global, mesmo com menos de seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Portanto, o nível de prejuízo deve ser avaliado sempre a partir das potencialidades do adolescente e do grau de esforços necessários para a manutenção do ajustamento (Rohde & cols., 2000).

¹ Código Internacional de Doenças, 10ª. Edição. Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993).

² DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª. Edição. Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA, 1994).

Ainda fazem parte do diagnóstico, a ocorrência dos sintomas por mais de seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento do indivíduo, evidências de prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, em pelo menos dois ou mais contextos da vida do indivíduo, e presença dos sintomas antes dos sete anos de idade (Schwartzman, 2001; Vasconcelos, 2002). Faz parte ainda do critério diagnóstico, a não ocorrência dos sintomas exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, como esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, bem como quando os sintomas não são melhores explicados por outro transtorno mental (Schwartzman, 2001).

Segundo Vasconcelos (2002), alguns critérios do DSM-IV devem ser ajustados a cada avaliação clínica, considerando a faixa etária sugerida para ocorrência do transtorno, duração dos sintomas, bem como a existência de diferentes tipos de TDAH. Além disso, a utilização dos critérios diagnósticos do DSM-IV deve ser acompanhada de entrevistas de coleta de dados com os pais, com a criança e com os professores (Rohde & cols., 2000; Schwartzman, 2001). Recomenda-se que, tanto na entrevista com os pais, como com a criança, é essencial investigar os sintomas relacionados com as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes (Rohde & cols., 2000).

4. Sintomatologia

Quanto à tríade sintomatológica, pode-se afirmar que, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (Rohde & cols., 2000; Schwartzman, 2001; Silvia, 2003):

(a) Os sintomas de *desatenção* podem ser identificados quando, freqüentemente, a criança deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, dentre outras; tem dificuldades freqüentes em manter a atenção em tarefas ou atividade lúdicas; com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; freqüentemente não segue instruções e nem conclui seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais; apresenta freqüente dificuldade para organizar tarefas e atividades; freqüentemente evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante; perde com freqüência coisas necessárias para tarefas ou atividades; distrai-se com facilidade diante de estímulos alheios à tarefa; freqüentemente apresenta esquecimento em atividades diárias.

(b) Os sintomas de *hiperatividade* podem ser identificados quando, freqüentemente, agita as mãos ou os pés ou se agita na cadeira; com freqüência abandona sua cadeira em

sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; freqüentemente corre ou escala com exageros em situações nas quais isto é inapropriado; freqüentemente tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; freqüentemente está “a mil”, como se estivesse “a todo vapor”; com freqüência fala em demasia.

(c) Os sintomas de *impulsividade* seriam diagnosticados quando a criança freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas; tem freqüente dificuldade de aguardar sua vez; freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos dos outros.

5. Tipos de TDAH

A maioria dos trabalhos científicos, até recentemente, adotava critérios que se baseavam na edição de 1991 do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais), que realizou uma reunião de propostas anteriores, distribuindo as manifestações clínicas do TDAH em dois grupos: desatenção e impulsividade/hiperatividade (Cypel, 2000). Entretanto, uma edição do DSM-IV de 1994, divide o TDAH em três subtipos, a saber: (a) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tipo predominantemente Desatento: que compreende aqueles indivíduos que apresentam seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade que persistem há pelo menos seis meses; (b) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tipo predominante Hiperativo-Impulsivo: compreende aqueles indivíduos que apresentam seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção que persistem há pelo menos seis meses; (c) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tipo combinado: consiste naquele indivíduo que apresenta tanto seis ou mais sintomas de desatenção, como também seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade, persistentes há pelo menos seis meses. Ainda é aceito, atualmente, o diagnóstico de Déficit de Atenção tipo Residual, dado a adultos que continuam a apresentar alguns sinais e sintomas (Schwartzman, 2001).

6. TDAH e Prevalência

Os dados na literatura revelam que TDAH tem sido um dos problemas psiquiátricos mais diagnosticados na infância e na adolescência (Schwartzman, 2001; Szobot & cols., 2001; Vasconcelos, 2002). Há discordância quanto aos dados de prevalência, mas estudos nacionais e internacionais, baseados em sua maioria com crianças em idade escolar, têm demonstrado que a prevalência do TDAH encontra-se entre 3% a 6% (Rohde & cols., 2000; Szobot & cols.). Já Schwartzman afirma que as taxas de prevalência variam entre 0,5 a 20% da população em idade escolar, mas ressalta que, para a mesma população, a Associação Americana de Psiquiatria aponta uma taxa entre 2 a 4%. Por sua vez, Barkley (2002) destaca que há cerca de mais de dois milhões de crianças em idade escolar com o TDAH. Segundo Schwartzman, o sexo masculino é o mais afetado, na proporção de três meninos para cada menina. Por sua vez, Vasconcelos revela dados que indicam que há uma maior tendência em encontrar TDAH entre indivíduos de grupos sociais menos favorecidos economicamente.

7. TDAH e Comorbidades

Em se tratando das comorbidades, as pesquisas têm demonstrado uma alta taxa (de 30% a 50%) de comorbidades entre transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante) (Rohde & cols., 2000). No Brasil, pesquisas encontraram taxas de comorbidade de 47,8% com transtornos disruptivos em adolescentes com diagnóstico de TDAH. Doenças como depressão (15% a 20%), transtorno de ansiedade (em torno de 25%) e transtorno de aprendizagem (10% a 25%) também apresentam taxas significativas (Rohde & cols., 2000).

Quanto aos transtornos de aprendizagem, vale destacar um dos mais citados na literatura como relacionado ao TDAH, que é a dislexia. Segundo Topczewski (1999), a dislexia se caracteriza por uma dificuldade específica para o aprendizado da escrita-leitura, que compromete, de maneira significativa, o desempenho escolar e é uma característica constitucional, determinada geneticamente, o que nem sempre acontece com hiperatividade; porém, muitas crianças disléxicas apresentam também déficit de atenção que acentua ou desencadeia a hiperatividade, acarretando um quadro comportamental que prejudica ainda mais a capacidade do aprendizado.

Estudos também demonstram uma alta taxa de comorbidades (entre 9% e 40%) entre TDAH e abuso ou dependência de drogas, tanto na adolescência quanto na idade

adulta. Atualmente, tem se discutido se o TDAH em si mesmo é um fator de risco para o abuso ou dependência de drogas na adolescência, porém, também se sabe que é freqüente a comorbidade de TDAH e transtorno de conduta, e que, este último associa-se comumente ao abuso ou dependência a drogas. Assim, é bem provável que o abuso/dependência a drogas ocorra mais freqüentemente em um subgrupo de adolescentes com TDAH que apresentam conjuntamente transtorno de conduta. Então, o fator de risco não seria em si o TDAH, mas sim a comorbidade com transtorno de conduta. Mas esta questão ainda está em aberto, necessitando de mais pesquisas (Rohde & cols., 2000; Calheiros, Oliveira & Andretta, 2006; Pelham, Foster & Robb, 2007; Spencer, Biederman, & Mick, 2007; Szobot & Romano, 2007; Rodriguez, Tercyak & Audrain-McGovern, 2008).

O TDAH está associado a uma série de complicações na infância, adolescência e na vida adulta (Szobot & cols., 2001). Nesse sentido, Rohde e cols. (2000) afirmam que estudos têm demonstrado que crianças com TDAH apresentam um maior risco para desenvolverem outras doenças psiquiátricas em qualquer uma das fases do ciclo de vida (infância, adolescência e adulta). Da mesma forma, Szobot e cols. (2001) alertam quanto às conseqüências para as pessoas acometidas pelo TDAH terem maior risco para desenvolverem transtorno anti-social e de dependência química.

8. Tratamentos indicados para TDAH

É crescente o interesse pelo tratamento de crianças com TDAH, impulsionado, principalmente, pelo aumento de crianças diagnosticadas com comportamentos-problema na escola. O TDAH é um transtorno que determina prejuízo no funcionamento acadêmico e social de crianças e adolescentes e que, freqüentemente, está associado à comorbidades importantes, como transtorno de conduta, transtorno opositor desafiante, transtorno de ansiedade, transtorno de aprendizagem, depressão, abuso e dependência de drogas, dentre outras (Rodhe & cols., 2000; Rodhe & Halpern, 2004), o que exige da criança e de seus familiares a inserção e adesão em tratamentos para prevenção de mais prejuízos e a redução dos já existentes.

Vale ressaltar ainda que, o TDAH não tem cura, o que significa que os tratamentos em si não alteram os déficits neuropsicológicos subjacentes ao comportamento de inibição, porém, podem resultar em redução de sintomas e minimização dos seus efeitos negativos, melhorando a qualidade de vida do indivíduo (Vasconcelos, 2002).

Os tratamentos indicados a indivíduos com diagnóstico de TDAH exigem uma abordagem ampla do indivíduo (Grevet, Abreu & Shansis, 2003), incluindo intervenções psicossociais e farmacológica (Domingos & Rizzo, 2000; Rohde & cols., 2000).

8.1. Intervenções Psicossociais

As intervenções psicossociais correspondem às psicoterapias (Grevet & cols., 2003). Cypel (2000) aponta a psicoterapia como um dos pontos fundamentais para se obter adequação comportamental em indivíduos com TDAH. Por sua vez, Grevet e cols. afirmam que os principais modelos de psicoterapias que são utilizadas com crianças e adolescentes, baseadas em estudo clínico controlado, são: a terapia cognitivo-comportamental individual e com familiares; a terapia de apoio para pacientes e familiares, seguindo modelo educacional; o treinamento comportamental para familiares; o *biofeedback*³; a biblioterapia e o treino de habilidades sociais para pacientes e familiares. Tais modelos demonstram ser bastante eficientes na redução da hiperatividade e dos problemas de conduta. Porém, o mesmo não ocorre com os sintomas de desatenção, o que exigiria a intervenção medicamentosa.

Rohde e cols. (2000) afirmam que a abordagem psicoterápica mais estudada e com evidência científica comprovada de sua eficácia para os sintomas que caracterizam o transtorno (desatenção, hiperatividade e impulsividade), bem como para o manejo dos sintomas comportamentais associados a ele (oposição, desafio e teimosia), é a terapia cognitivo-comportamental.

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade-ABDA (s.d.) corrobora a indicação dessa abordagem para tratamento, com a defesa de que, até o momento, não há evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas.

Entretanto, este posicionamento não é consenso, havendo outra linha de teóricos que, baseados em revisões e avaliações de tratamentos psicossociais, sugerem o treinamento comportamental parental e a intervenção comportamental em sala de aula como critérios bem estabelecidos de tratamento. Para eles, intervenções cognitivas

³ Segundo o Instituto de Neuropsicologia e *Biofeedback*- INBIO (2007) o *biofeedback* é uma técnica que utiliza determinados aparelhos para monitorar eventos fisiológicos (batimento cardíaco, respiração, eletromiografia, eletroencéfalo), o que possibilita acesso a esses dados e manipulação desses eventos, promovendo no indivíduo o aprendizado do controle voluntário sobre músculos e funções corporais reguladas pelo sistema nervoso central e Autônomo. Bio é vida, *feedback* é informação. Essa uma técnica utilizada há mais de 30 anos pela psicologia.

direcionadas a indivíduos com TDAH não parecem ser um critério bem estabelecido, ou tratamento de provável eficácia (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998).

Assim, o treinamento comportamental para familiares delinea-se enquanto modalidade de tratamento para o controle do TDAH, devendo envolver atendimento à criança e um programa de treinamento para os pais, a fim de que estes aprendam a manejar, no cotidiano, os sintomas dos filhos, além de orientação aos professores (Domingos & Rizzo, 2000; Rohde & cols., 2000; Vasconcelos, 2002), uma vez que tem demonstrado ser bastante eficiente (Grevet & cols., 2003). Rohde e Halpern (2004) corroboram esta recomendação quando afirmam que, dentre os tratamentos comportamentais, o treino parental parece ser a modalidade mais eficaz.

Entretanto, resultados recentes de um estudo de tratamento multimodal (Multimodal Treatment Study - MTA), bastante citado na literatura internacional (Greene & Ablon, 2001; Rohde & cols., 2000; Wells & cols., 2004), supervalorizam a eficácia do tratamento fármaco em comparação a outras modalidades de tratamento, incluindo as psicoterapias. Esse estudo, realizado em 1992 e patrocinado pelo *National Institute of Mental Health*, acompanhou, por um período de 14 meses, 579 crianças recrutadas nos Estados Unidos e Canadá, divididas em quatro subgrupos: (1) crianças com tratamento apenas medicamentoso, (2) psicoterapia comportamental com crianças e orientação para os pais e professores, (3) abordagem combinada e (4) abordagem comunitária. Os participantes da pesquisa submeteram-se a avaliações de linha de base em 03, 09 e 14 meses. Os resultados demonstraram claramente uma eficácia superior da medicação sobre os sintomas característicos do TDAH quando comparada à abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário. Já a abordagem combinada (medicação + psicoterapia comportamental com crianças, orientação aos pais e professores) não demonstrou resultados de eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno, quando comparada à abordagem apenas medicamentosa (Greene & Ablon, 2001; Rohde & cols., 2000; Wells & cols., 2000). Estes dados levaram a interpretações cautelosas de que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno (Rohde & cols., 2000).

Miranda, Jarque e Tarraga (2006), ao analisarem 16 estudos de tratamentos realizados em ambiente escolar na última década, sugerem que a abordagem de tratamento psicossocial mais efetiva para o TDAH seja uma intervenção multimodal que, freqüentemente, inclui tratamento farmacológico, treinamento parental, intervenção escolar e intervenção com a criança.

Intervenções no âmbito escolar, com foco no desempenho acadêmico e em orientações aos professores visando melhora do desempenho acadêmico da criança, também são adotadas como possibilidades no tratamento (Rohde & cols. 2000; Vasconcelos, 2002). Nesse sentido, Rodhe e Halpern (2004) sugerem que os professores sejam orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos. Rotinas diárias consistentes e ambientes escolares previsíveis que ajudem essas crianças a manter o controle emocional, além de estratégias de ensino ativo, que incorporem a atividade física como processos de aprendizagem, tornam-se essenciais.

8.2. Tratamento Farmacológico

Segundo Rodhe e Halpern (2004), existem mais de 150 estudos controlados, bem conduzidos metodologicamente, demonstrando a eficácia da intervenção farmacológica. Quanto à indicação para o seu uso, Robert (2005) afirma que a ABDA aponta estudos que demonstram que, pela comprovação de sua eficácia, há necessidade de primeiro iniciar o tratamento com o uso de intervenção farmacológica e depois a psicoterapia e outros acompanhamentos. Por sua vez, Cypel (2000) indica o uso de medicamentos somente em crianças nas quais as alterações de comportamento são intensas e quando as orientações dadas aos pais, à escola e as medidas psicoterápicas não se mostraram eficazes. A indicação do medicamento desde o início do tratamento só deverá ocorrer nos casos em que as conseqüências negativas no ambiente e no relacionamento social da criança forem de tal proporção que haja necessidade de reversão do quadro rapidamente.

Na intervenção farmacológica, o tratamento predominante tem sido a utilização de estimulantes como o metilfenidato (Ritalina), a pemolina (Cylert) e as anfetaminas (Dexedrine, Adderall), os quais podem normalizar o substrato neural nas regiões pré-frontais. Também são utilizados outros agentes farmacológicos, como a clonidina (atensina), medicação para tratamento de hipertensão arterial, mas que pode ser utilizada como estimulante, tendo efeito eficaz na redução dos comportamentos de hiperatividade e impulsividade (Robert, 2005; Rohde & cols., 2000; Vasconcelos, 2002). Alguns estudos têm demonstrado também a eficácia de antidepressivos no tratamento do TDAH, principalmente em casos em que não há respostas aos estimulantes e na presença de algumas comorbidades, tais como a depressão e transtorno de ansiedade (Rohde & cols., 2000).

Por sua vez, um estudo realizado por Du Paul, Barkley e Connor (1998) identificou que 70% a 80% das crianças participantes mostraram melhora em seus comportamentos disruptivos, com aumento na atenção e redução de atividade motora irrelevante para a tarefa, bem como melhora na interação social, com diminuição de comportamentos agressivos, apenas com o tratamento medicamentoso. Entretanto, Vasconcelos (2002) ressalta que o tratamento medicamentoso não é o único indicado para TDAH, pois existem ainda poucos estudos que avaliam, em longo prazo, a eficácia de medicamentos estimulantes, havendo a sugestão de que os efeitos positivos não são mantidos após a suspensão do tratamento.

Como podemos constatar, a literatura que aborda o tratamento do TDAH traz controvérsias quanto à modalidade de tratamento mais eficaz (ABDA, (s.d.); Grevet & cols., 2003; Miranda & cols., 2006; Pelham & cols., 1998; Rodhe & cols. 2000; Rodhe & Halpern, 2004), do mesmo modo quanto ao uso ou não da medicação como primeira escolha de intervenção (Robert, 2005; Cypel, 2000). Tais controvérsias só demonstram o quanto a área ainda necessita de mais pesquisas.

Considerando que o TDAH é uma síndrome crônica, que necessita de intervenções para que haja redução dos sintomas e a minimização dos seus efeitos negativos, pode-se afirmar que a medicação seja ela introduzida antes ou depois de qualquer intervenção psicossocial, tem a redução dos sintomas como vantagem em curto prazo, porém, como desvantagem, tem seus efeitos colaterais, tais como: a redução do apetite, aumento de frequência cardíaca e da pressão sanguínea, aumento da atividade elétrica cerebral, insônia, tiques nervosos, erupções cutâneas alérgicas e hepatite química, dentre outros; ainda é uma desvantagem a não manutenção dos benefícios após a suspensão dos medicamentos.

O pesquisador Webster-Stratton individualmente e com a colaboração de outros pesquisadores (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Kolpacoff & Hollinsworth, 1989), além de revisões sobre a temática, desenvolveu nos últimos anos uma série de estudos, envolvendo números consideráveis de participantes, sobre os programas de treinamento para pais de crianças com problemas de comportamento e com déficits mentais. Esses estudos demonstram que, de uma forma geral, esses programas de treino parental têm contribuído para reduzir problemas de conduta em crianças, aumentar habilidades dos pais no manejo com essas crianças, proporcionando disciplina não violenta, redução de depressão parental com aumento de autoconfiança dos mesmos, aumento do envolvimento entre pais e professores, aumento de comunicação familiar mais

adequada e resolução de problemas. Adicionalmente, esses estudos têm indicado que, quando verificados, os benefícios dos programas do treinamento parental têm persistido ao longo do tempo, no mínimo um ano após o tratamento.

Esses dados, então, demonstram que o treino parental se torna um tratamento recomendável para o TDAH face à manutenção dos benefícios em longo prazo e por se tratarem de benefícios globais, que vão além dos sintomas. Tais constatações justificam uma revisão da literatura dentro deste tema.

9. Pesquisa Básica /Aplicada e Treinamento Parental em TDAH

Em pesquisa básica e aplicada, o TDAH tem sido considerado enquanto comportamentos de impulsividade e déficits de autocontrole. Como tal, tem sido examinado utilizando-se paradigmas de esquemas e atividades concorrentes, que envolvem reforços de grande e de pequena magnitude para que o participante escolha pela obtenção de um reforço maior, que é liberado com um tempo de adiamento, ou outro de magnitude menor, que é liberado imediatamente (Binder, Dixon & Ghezzi, 2000; Neef & cols., 2005).

Na literatura que aborda o tratamento relacionado à diminuição de comportamentos de hiperatividade apresentados por crianças com TDAH, encontram-se intervenções utilizando procedimentos para aquisição de comportamentos de autocontrole em ambiente artificialmente controlado e clínico (Binder & cols., 2000). Encontram-se ainda descrições de diversos experimentos direcionados à intervenção com pais de crianças com TDAH. A seguir discorre-se sobre tais experimentos.

Em estudo realizado por Brzuszkiewicz, Mcintyre e Quintero (2006), com o objetivo de obter redução de comportamentos inadequados apresentados por mães de crianças com TDAH, utilizou-se um grupo de treinamento parental estendido a todas as participantes e uma avaliação individualizada através de vídeo *feedback*, incluída apenas para metade do grupo, em um delineamento de linha de base múltipla durante condição de jogo com seus filhos pré-escolares. Quatro díades mãe-criança foram selecionadas como participantes do experimento, sendo que todas as mães receberam treinamento parental na forma de instruções sobre características da primeira infância, administrado por dois pesquisadores. Metade do grupo, isto é, duas mães, participaram de 1 a 3 sessões complementares de treinamento no qual foi utilizado vídeo *feedback*, administrado por um pesquisador. Os dados foram coletados e codificados, semanalmente, durante observações de videotape da situação de jogos entre mães e crianças em ambiente domiciliar. Os

resultados sugerem que o grupo de treino parental + avaliação individualizada através de vídeo *feedback* combinados como tratamento foram efetivos na diminuição de comportamentos inadequados de todas as quatro mães que participaram do estudo. A discussão dos pesquisadores focaliza a utilização da avaliação individualizada através de vídeo *feedback* como um componente suplementar no treinamento parental, com o objetivo de aumentar os resultados do tratamento e a generalização e manutenção dos efeitos.

Arvans e Gaynor (2006) propuseram um delineamento de pesquisa baseado em um modelo de complacência ao menor erro, desenvolvido em 1996 por Ducharme e colaboradores. Este modelo trata de uma técnica de treinamento parental que exclui procedimentos disciplinares (por exemplo: custo de resposta ou *time-out*). O treinamento exigiu comportamento complacente às solicitações mais fáceis, aumentando de frequência tal comportamento à medida que as solicitações tornavam-se mais difíceis. No critério de inclusão dos participantes, consideraram-se pais que relataram não complacência com suas crianças que se encontravam entre a faixa etária de 03 a 10 anos. Os pais foram submetidos a sessões de treinamento parental, de apoio e de *follow-up*. As sessões restantes foram conduzidas pelos pais em ambiente domiciliar. Os resultados apresentados pelos pesquisadores indicaram a viabilidade de implementar o procedimento de complacência ao menor erro de modo mais simplificado, além de demonstrar a eficácia desse tipo de treino.

Arnould, O'Leary e Edwards (1997) examinaram os efeitos de quatro variáveis sobre a relação entre envolvimento do pai (*FI*) e auto-relato de práticas parentais em 71 casais com crianças com TDAH. As variáveis investigadas foram: (a) o amor do pai em relação à esposa, (b) discriminação do modo de educar a criança, (c) identificação do papel parental tradicional (*TRI*), e (d) sintomas paternos de TDAH. Foram utilizados instrumentos psicométricos para medir envolvimento dos pais, sentimentos dos pais em relação às suas esposas, o relato de práticas educativas com a criança, identificação do papel, comportamentos e sintomas de TDAH nos pais. Os resultados demonstraram que envolvimento dos pais foi associado ao uso de mais disciplina efetiva dos pais quando esses não tinham sintomas de TDAH e relataram sentir mais amor por suas esposas; porém, foram associados ao uso de disciplina menos efetiva pelos pais, quando estes relatavam que tinham sintomas de TDAH, relatavam sentir menos amor por suas esposas e se identificavam predominantemente com papéis tradicionais. Por sua vez, os dados coletados com as mães demonstraram que o envolvimento dos pais foi associado com

menos prática de disciplina efetiva quando os casais discordavam quanto às discriminações do modo de educar as crianças.

Dias e Gauy (2004) realizaram um estudo sob o enfoque cognitivo-comportamental, delineado com o objetivo de descrever o manejo das mães na interação com os filhos e na aquisição de habilidades para compreender e lidar com a criança em suas dificuldades. O estudo teve como participantes 10 mães, na faixa etária entre 25 e 45 anos, com filhos com diagnóstico de TDAH entre as idades de 4 a 13 anos. O delineamento consistiu em 14 sessões, que incluíam informações sobre a síndrome, orientações (envolvendo treino de solução de problemas, prevenções de recaídas e avaliações de intercorrências), treino de habilidades, discussão de práticas educativas parentais, ensino de relaxamento, orientação e duas sessões de *follow-up*. Os resultados demonstraram mudanças de manejo correlacionadas com uma maior compreensão do problema, levando a mudança no comportamento do filho identificada por maior obediência.

Um estudo realizado por Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb e Funderburk (1993) avaliou a efetividade da terapia focalizando a interação pais-crianças (*PCIT*) em 24 díades (mães e crianças). O delineamento consistiu em 14 sessões de *PCIT*, com metade dos participantes sendo submetidos primeiramente ao treinamento de interação dirigido à criança (*CDI*- 1º grupo) e a outra metade submetida ao treinamento de interação primeiro com as mães (*PDI*- 1º grupo). Os resultados demonstraram que, na metade do tratamento, o grupo *PDI* era mais efetivo do que o *CDI* na redução de comportamentos disruptivos e de não seguimento de regras. O *PDI*-1º grupo obteve melhora no relato dos pais em relação aos problemas de conduta da criança, com as mães relatando estar mais satisfeitas com a terapia. Ambos os grupos foram combinados para examinar o resultado global do tratamento, bem como a comparação dos efeitos mantidos pós-tratamento. As famílias mudaram de um limite fora do normal para um limite normal de complacência, administrando problemas, o nível de atividade, a tensão materna e ainda demonstraram melhora na auto-estima da criança. Foram realizadas avaliações durante seis meses após realização do estudo, período no qual se identificou a manutenção dos efeitos benéficos produzidos na pesquisa.

Pesquisa realizada por Monastra, Monastra e George (2004) examinou os efeitos de fármacos (Ritalina), *biofeedback* com eletroencefalograma (EEG) e estilo parental sobre os sintomas primários do TDAH em 100 crianças e adolescentes na faixa etária entre 6 a 19 anos. O delineamento consistiu em um programa de intervenção multimodal, que incluiu

tratamento medicamentoso (Ritalina), aconselhamento de pais e apoio acadêmico na escola, tendo tido duração de um ano. Cinquenta e um dos participantes receberam também terapia com *biofeedback*. Foram utilizados na pesquisa os seguintes instrumentos de dicometria para medir atenção, a evolução do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e uma medida encefalográfica quantitativa (*QEEG*). Significativa melhora foi identificada nos scores dos testes de atenção e hiperatividade enquanto os participantes eram testados usando a Ritalina. Entretanto, somente os participantes que se submeteram ao *EEG Biofeedback* mantiveram melhora nos scores dos testes citados quando testado sem Ritalina. As medidas comportamentais dos estilos parentais revelaram ainda efeitos moderados significativos nas manifestações de sintomas comportamentais em casa, mas não na escola.

Hartman, Stage e Webster-Stratton (2003) utilizaram o método do modelo linear hierárquico para examinar os efeitos de fatores de risco de atenção da criança (como problemas de desatenção, impulsividade e hiperatividade) e fatores de riscos parentais e familiares na eficácia de um programa de treino parental para reduzir os problemas de conduta de meninos. Foram participantes do estudo mães de 81 meninos entre as idades de 4 e 7 anos, as quais foram acompanhadas por 22 a 24 meses. A efetividade do tratamento foi avaliada até um mês e um ano após o tratamento, por meio de sessões de observação direta em casa, relatos de pais e de professores. Os resultados desse estudo indicam que houve significativa redução na ocorrência de comportamentos indicadores de práticas negativas pelas mães, bem como dos problemas de conduta das crianças, de acordo com relato da mãe e de registros de observação em casa. Meninos com alta frequência de comportamentos de desatenção e problemas de conduta mostraram benefícios semelhantes aos encontrados para meninos que não tinham comportamentos de desatenção (após submeterem-se ao programa de treinamento parental). A partir dos dados obtidos, os autores desta pesquisa sugerem que treinamento parental seja igualmente efetivo tanto para meninos com problemas de conduta e comportamentos de desatenção quanto para meninos com problemas de conduta, sem manifestação de desatenção.

Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury e Weeks (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar duas diferentes terapias realizadas com pais de crianças pré-escolares em uma amostra da comunidade. Selecionaram 78 crianças de três anos de idade, que manifestavam na pré-escola sintomas de TDAH. Seus pais foram distribuídos, randomicamente, em três condições: (1) 30 pais foram submetidos submeteram ao

treinamento parental (*PT*), (2) 28 pais se submeteram a aconselhamento e apoio aos pais (*PC & S*), e (3) 20 pais formaram um grupo controle obtido de uma lista de espera. Ao grupo *PT* foram fornecidas técnicas de manejo no lidar com crianças. O grupo *PC & S* obteve apoio não diretivo e aconselhamento. Medidas dos sintomas da criança e de bem-estar das mães foram investigadas antes e após a intervenção, prolongando-se após 15 semanas seguidas. Os resultados demonstraram que, na condição de treinamento parental, os sintomas de TDAH foram reduzidos e o relato de bem-estar das mães foi aumentado, ao se comparar com as outras duas condições. Além disso, 53% das crianças apresentaram significativa melhora clínica. Os autores argumentam que treinamento parental é um valioso tratamento para pré-escolares, sendo que o *PC & S* teve um pequeno efeito sobre o comportamento das crianças. Afirmam ainda que psicoestimulantes não são um componente necessário para um tratamento efetivo de crianças pré-escolares com TDAH.

Pesquisa realizada por Danforth, Harvey, Ulaszec e Mckee (2005) investigou os efeitos do treino parental sobre comportamentos de pais, bem como no de 45 crianças que apresentavam TDAH e comportamento agressivo desafiante. O treinamento incluiu informações sobre TDAH e sua relação com comportamentos desafiantes/agressivos, assim como a habilidade dos pais que aderiram aos parâmetros estabelecidos em um fluxograma de manejo de comportamento – *Behavior Management Flow Chart-BMFC*. Os resultados demonstraram que o treino reduziu comportamentos hiperativos, desafiantes e agressivos nas crianças; identificou-se ainda melhora no comportamento dos pais e redução no nível de tensão.

Verifica-se que, ao longo dos últimos anos, houve avanços nos estudos sobre TDAH, em todas as áreas. O quadro clínico foi delineado e manifestações da síndrome foram identificadas. Padrões de co-morbidade foram detalhados. Foram investigados vários fatores etiológicos, particularmente na área biológica (Cantwell, 1996). Intervenções foram delineadas, testadas, validadas como eficientes, sejam isoladas ou combinadas. Novos procedimentos comportamentais já reconhecidos como eficazes estão sendo utilizados para controle de comportamentos inadequados. Mas ainda há muitas lacunas, muitas perguntas sem respostas em relação ao TDAH, principalmente na área concernente ao tratamento, na qual a análise do comportamento enquanto arcabouço teórico e tecnológico pode contribuir.

No entanto, apesar das possibilidades de contribuição da análise do comportamento e do crescente número de pesquisadores interessados em investigar o TDAH, ainda é

incipiente o que se tem disponível em estudos publicados dentro desta abordagem sobre o assunto, face às inúmeras respostas a se buscar para a compreensão do fenômeno, principalmente quanto ao tratamento em ambiente natural (como em domicílio, por exemplo) e a aplicabilidade de generalização do comportamento para outras áreas não submetidas à intervenção. Tanto em pesquisa básica quanto em aplicada, o TDAH tem sido investigado predominantemente em contextos escolares e clínicos, havendo escassez de registro de intervenção em ambiente domiciliar, sendo o uso do *setting* de domicílio restringido a espaço de coleta de dados por meio de videotapes (Brzuszkiewicz & cols., 2006), ou como atividades de casa, programadas no treino parental (Arvans & Gaynor, 2006), além do fato de que na prática clínica o atendimento em domicílio é pouco usado. Justifica-se tal predileção dos pesquisadores pelos *settings* escolares e clínicos à provável dificuldade metodológica de controle de variáveis em ambiente domiciliar.

10. TDAH e Contribuições da Análise do Comportamento

O modelo explicativo do TDAH predominante na literatura descarta fatores ambientais como variáveis causais, considerando-os, no máximo, como capazes de alterar a intensidade dos sintomas. Tal posicionamento justifica-se face à consideração de que estruturas neurais seriam as responsáveis pela desatenção ou hiperatividade/impulsividade, o que torna prevalente o tratamento farmacológico.

Vasconcelos (2002), no entanto, destaca que, na intervenção, as variáveis ambientais estão presentes em aspectos como características das tarefas (restritiva, complexa), do ambiente (não estimulante), da família (presença de alta frequência de contingências aversivas associadas à baixa frequência de reforçamento positivo; alta frequência de mandos do tipo ordem) e características das contingências de reforçamento (baixa densidade do reforço). Além disso, treinamento de pais e de professores também tem processos que envolvem a análise funcional dos comportamentos emitidos pela criança e pelos membros da família. Vasconcelos também lembra que há inúmeros estudos que demonstram que os efeitos de uma droga sobre o comportamento podem ser modificados por fatores não-farmacológicos, o que confirma a significativa contribuição de variáveis comportamentais e ambientais nas ações das drogas, merecendo investigações.

Considerando a relevância das variáveis ambientais nos procedimentos de intervenção em TDAH, a análise do comportamento (AC), enquanto uma ciência que compreende as causas dos comportamentos como função de interações entre os organismos

e o ambiente (Skinner, 1976; ver também Sanabio-Heck & Souto e Maia, 2005), tem se destacado na busca da identificação das relações de contingências entre organismo e variáveis externas na explicação do comportamento de crianças com TDAH (Vasconcelos, 2002). Tal abordagem tem seu arcabouço teórico e suporte tecnológico oriundos da filosofia do behaviorismo radical e de pesquisas empíricas, sendo um modelo útil para o estudo, produção e refinamento de procedimentos de intervenção que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de TDAH e seus familiares.

Neste sentido, faz-se necessário apresentar duas subáreas da Análise do Comportamento: a Análise Experimental do Comportamento (AEC) que é responsável em conduzir a produção e validação de dados empíricos, adotando um planejamento de manipulação de variáveis em um contexto controlado e artificialmente simplificado; e a Análise Aplicada do Comportamento (AAC) que se caracteriza por ser uma ciência aplicada e uma área tecnológica ligada ao campo de intervenção planejada dos analistas do comportamento, tendo nela assentadas as práticas profissionais tradicionalmente tidas como psicológicas (ex: trabalho na clínica, escola, saúde pública, organização e onde mais houver comportamento a ser explicado) (Carvalho Neto, 2002).

Por sua vez, a Terapia Analítico-Comportamental (Vasconcelos, 2002) adota uma visão idiográfica, que pode trazer uma contribuição importante à compreensão do comportamento do indivíduo com TDAH. No procedimento de avaliação, utiliza-se definição da queixa, da história da criança e da família, da história de intervenção, do levantamento de reforçadores, os quais direcionarão o planejamento e a seleção dos procedimentos para o tratamento (Robert, 2005).

No trabalho com a criança dentro da abordagem analítico-comportamental, a questão da família sempre esteve presente. Isto se justifica pela própria concepção da influência do ambiente sobre o comportamento, que legitima a intervenção familiar comportamental (Ingberman, 2002), uma vez que muitos comportamentos de um indivíduo são mantidos pela relação com outros membros da família (Weber, Brandenburg & Salvador, 2006). Tal intervenção descreve um processo terapêutico que procura efetuar mudanças no comportamento da criança e, conseqüentemente, no seu ajustamento, por mudanças em aspectos do ambiente familiar que afetam o problema comportamental da criança (Ingberman, 2002).

No trato com os familiares, principalmente com os pais de crianças com TDAH, essa consideração deve ser feita desde o diagnóstico, uma vez que os pais dessas crianças,

segundo Topczewski (1999), nem sempre conseguem perceber as diferenças comportamentais do quadro de TDAH em ambiente domiciliar, especialmente quando não tem outros filhos. Muitas vezes, por considerarem tratar-se de uma fase transitória e por dificuldades de aceitação do diagnóstico, tornam-se mais tolerantes, acostumando-se com o ritmo da criança; passam, assim, a não mostrar os seus verdadeiros limites; nesse contexto, há risco de reversão de papéis, onde há probabilidade da criança passar a dominar a situação enquanto os pais têm dificuldades de estabelecer e produzir o respeito e cumprimento das regras e limites necessários para o controle do comportamento da mesma. Além disso, há o fato de que muitos pais não admitem que sua criança apresente algum comprometimento comportamental, tomando as queixas em relação a ela como sendo uma questão pessoal de antipatia ou de intolerância. O conjunto dessas posturas faz com que os pais não percebam o quanto o tipo de comportamento de sua criança destoa de um padrão tolerável. A escola, então, acaba sendo o ambiente onde se identifica que o comportamento da criança destoa das demais e onde também os pais são sugestionados pelos profissionais desse contexto a recorrer a um especialista.

Barkley (2002) corrobora com a premissa de que a análise do ambiente familiar é importante para o entendimento das interações pais-filhos e irmãos-criança, principalmente quando se trata de uma criança com TDAH, uma vez que há evidências de que os familiares e irmãos de uma criança com TDAH estão mais suscetíveis a experimentar suas próprias angústias e transtornos psiquiátricos do que pais e irmãos de uma criança que não apresenta TDAH.

Estudos também demonstram que mães de crianças com TDAH apresentam comportamentos de controlar mais e se envolver no autocontrole de seus filhos do que mães de crianças sem TDAH, o que resulta em uma relação, com o passar do tempo, mais estressante (Barkley, 2002).

Barkley (2002) ainda ressalta que, os efeitos de estratégias mal sucedidas pelos pais ocasionariam um estado de fracasso, que o autor denomina de “impotência aprendida”, onde passariam a evitar dar ordens, liberando o filho para fazer o que quiser, com pouca ou nenhuma supervisão. Neste ponto, os pais podem apresentar depressão, baixa auto-estima em seus papéis de pais e pouca satisfação com o envolvimento em suas responsabilidades paternas.

Isto leva à conclusão de que conviver com uma criança portadora de TDAH pode comprometer seriamente a saúde mental dos pais e seu compromisso com as suas

responsabilidades como genitores. Pais e parentes de crianças diagnosticadas com TDAH têm, na verdade, maior probabilidade de apresentar problemas psicológicos do que aqueles que não são pais de crianças com TDAH. Alguns destes problemas surgem pela convivência com um indivíduo que apresenta o transtorno que serve como modelo; outros estão relacionados a determinações hereditárias (Barkley, 2002).

Assim, considerando que o ambiente familiar dessas crianças é caracterizado, em geral, por contingências aversivas, um dos primeiros pontos de intervenção é o aumento da frequência de reforçamento positivo para as crianças e uma apresentação de reforços de maneira mais imediata sobre o controle do comportamento.

A abordagem construcional, proposta por Goldiamond (1975) também pode ser um modelo de intervenção interessante uma vez que se remete a repertórios comportamentais já presentes no indivíduo e obtenção de conseqüências mais gratificantes. Tal modelo tem como principal premissa a construção de repertórios não adquiridos ou de baixa magnitude em um dado ambiente ou situação particular, podendo partir do restabelecimento ou transferência de repertórios bem sucedidos apresentados pelo indivíduo (repertório de entrada), porém a um alto custo de sofrimento para novas situações, obtendo como resultado o alívio ou eliminação do sofrimento. Para que isto ocorra, o indivíduo necessita discriminar sobre as contingências que governam o seu comportamento, aprendendo a identificar o seu próprio padrão comportamental e do que ele é função para que obtenha o controle sobre o seu comportamento.

Na psicoterapia é possível adquirir habilidades de discriminação das contingências. No caso da psicoterapia direcionada à família de crianças com TDAH, passos são estabelecidos e o terapeuta somente avança caso os critérios tenham sido cumpridos pelos pais e pelas crianças. Os pais são orientados a dedicarem um tempo com suas crianças, observando, elogiando a criança, sem uso de críticas ou direcionamento. Devem substituir comandos múltiplos por regras simples e claras. Os pais devem brincar, dispor de um tempo para interagir ludicamente com a criança; e o terapeuta, nesse momento, pode servir como modelo adequado na interação com a criança. O sistema de *Token* pode ser utilizado como forma de incentivo a cumprimentos de tarefa em casa; porém, quando necessária, a punição tem sido utilizada na forma de custo de respostas contingente a comportamentos inadequados, pontos retirados contingente ao não cumprimento de um comando ou tarefa ou o emprego do *time-out* (Vasconcelos, 2002).

Diversas outras formas de intervenção com pais, também têm sido utilizadas amplamente na intervenção comportamental infantil, legitimadas por um dos pressupostos da Análise do Comportamento, o de que o comportamento da criança é desenvolvido e mantido pelas interações entre ela e seu ambiente, através das conseqüências que o controlam. Considerando, então, que os pais são referências desse ambiente, conseqüentemente, mudanças em seus comportamentos produziriam alterações também no comportamento da criança (Di Nucci & Pregolato, 2004; Weber & cols., 2006).

A possibilidade dos pais obterem informações sobre o transtorno, sobre treinamento quanto a alguns princípios e técnicas fundamentadas cientificamente e que explicam a aquisição, fortalecimento, manutenção e probabilidade da ocorrência de um determinado comportamento, bem como outros procedimentos próprios da abordagem comportamental, pode ajudá-los a adquirir comportamentos mais bem sucedidos na interação com seus filhos, ajudando-os na minimização dos efeitos negativos do TDAH, tanto para a criança quanto para os próprios pais.

Partindo dessa premissa, tanto a orientação quanto o treinamento de pais têm como objetivo treiná-los para modificarem os comportamentos de seus filhos, alterando as contingências que os controlam, destacando-se como possibilidade para tratamento de problemas infantis face à relevância do papel dos pais como mediadores ou co-terapeutas. Nesse sentido, há estudos que respaldam e comprovam a eficácia de ambas as estratégias terapêuticas (Di Nucci & Pregolato, 2004).

Weber e cols. (2006) que aplicaram em um estudo três modelos diferentes de intervenção com os pais: (a) psicoterapia parental, (b) orientação parental aliada à psicoterapia infantil e (c) treinamento de pais, tendo concluído que o treinamento de pais apresentou vantagens quanto à adesão e quanto à praticidade.

10.1. Intervenção Comportamental com Pais

Programas comportamentais de treinamento parental são utilizados há longo tempo, aproximadamente 40 anos, quando os psicólogos que desenvolveram o treinamento escreveram o primeiro livro ensinando a aplicabilidade e um programa que haviam desenvolvido (Buffalo, 2005). Nesse programa, as sessões parentais, geralmente, incluem um livro e/ou videotape que foram desenvolvidos especialmente para ensinar pais a usarem procedimentos de manejo comportamental com suas crianças. A primeira sessão é muitas vezes dedicada a uma visão completa do diagnóstico, etiologia, natureza e prognóstico do

TDAH. Depois disso, em sessões de grupo ou individual, pais aprendem uma variedade de técnicas, algumas das quais eles já podem estar utilizando em casa, mas ainda não consistentemente e corretamente como necessitado. Pais, então, vão para casa e implementam o que aprenderam nas sessões de treinamento e retornam para a sessão de pais na semana seguinte, para discutir os benefícios obtidos, a resolução de problemas e aprender novas técnicas. Em geral, as séries de sessões típicas de programas de treinamento parental seguem os seguintes tópicos: (a) construção e estabelecimento de regras em casa; (b) aprender a elogiar os comportamentos apropriados; (c) ignorar brandamente os comportamentos inapropriados; (d) usar comandos apropriados tanto quanto as contingências; (e) planejar antecipadamente; (f) trabalhar com crianças em espaço público; (g) fornecer “*time-out*” de reforçamento positivo; (h) fazer lista diária de pontos; (i) utilizar sistema de fichas – *token* com recompensas e conseqüências; (j) sistema de nota de escola e casa para recompensar comportamento na escola, entre outros (Buffalo, 2005).

Embora muitas das idéias e técnicas que os pais aprendem em treinamento parental possam ser identificadas em práticas parentais do senso comum (a exemplo: elogiar a criança quando ela apresenta um comportamento adequado), muitos deles necessitam obter orientações cuidadosas e sistemáticas, além de apoio para aprender a implementar as tarefas parentais de forma consistente, uma vez que é muito difícil para eles comprarem um livro, aprender sobre modificação de comportamento e implementar um eficiente programa com seus filhos e em si próprios (Buffalo, 2005).

Vale destacar que, o treinamento comportamental de pais (Behavioral Parent Therapy - *BPT*) é um dos tratamentos psicossociais com base empírica para TDAH. Durante muitos anos e em muitos estudos, *BPT* foi documentado para melhorar tanto os comportamentos do filho com TDAH quanto os comportamentos mal adaptativos dos pais. Em alguns estudos, *BPT* foi indicado também por resultar em benefícios em domínios adicionais, como estresse dos pais e comportamentos da criança em sala de aula. Porém, a literatura sobre *BPT* com pais de crianças com TDAH fica aquém ao ser comparada às pesquisas utilizando *BPT* com pais de crianças com transtorno de comportamento opositor-desafiante (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham, 2004). Em geral, estes programas de treinamento comportamental envolvem economia de fichas, reforçamento contingente a comportamentos adequados, *time-out* e manejo de contingências pelos professores e terapeutas (Domingos & Risso, 2000).

Anastopoulos, Shelton, Du Paul e Guevremont. (1993) analisaram mudanças nos comportamentos dos pais como efeito da participação em um programa de treinamento comportamental de pais (*BPT*), delineado para crianças em idade escolar e com diagnóstico do TDAH. Os participantes que completaram as nove sessões do programa de *BPT* demonstraram significativos ganhos nos comportamentos de ambos (pais e crianças), que foram mantidos dois meses após o tratamento. O *BPT* promoveu redução do estresse e aumento de auto-estima, que acompanhou melhorias de relatos de pais na severidade global dos sintomas das crianças com TDAH.

Fabiano, Pelham, Arnoud, Flammer, Walker, Wienke, Burrows-MacLean e Swanger (2003), por sua vez, embora reconheçam que o treinamento parental focado nos pais seja um tratamento, apontam sua pesquisa como a primeira a investigar explicitamente a efetividade do treinamento comportamental parental, uma vez que consideram não existir estudos de efetividade para pais de crianças com TDAH. Tal pesquisa foi desenvolvida em oito semanas, durante duas horas semanais, nas quais incluía-se, na primeira hora, um treino de pais em grupo onde revisavam estratégias parentais efetivas em uma abordagem de modelação; concomitantemente, as crianças praticavam atividades recreativas. Durante a segunda hora, os pais e grupos de crianças jogavam juntos um jogo de futebol, promovendo um contexto de interação com os pais e a prática de estratégias parentais. Nesta pesquisa foram utilizadas três medidas de avaliação de comportamento: uma referente ao comportamento da criança e duas medidas de comportamento dos pais, uma por meio de escalas (comportamento de impulsividade/desatenção, comportamento opositor e avaliação de escala de prejuízos na vida global) e a outra, pelo nível de satisfação com as atividades do programa. Dos dezenove participantes iniciais, quinze concluíram o programa. Os resultados revelam que não ocorreu diferença significativa nas medidas de pré-tratamento entre tratamento completo e não completo. Ocorreu redução de sintomas de desatenção/ hiperatividade e comportamento opositor nas crianças, além de redução dos prejuízos psicossociais. Além disso, tanto os pais quanto as crianças, obtiveram alta taxa de satisfação no sumário de medida de nível de satisfação com as atividades propostas pelo *BPT*.

Erhardt e Baker (2002) avaliaram, por meio de dois estudos de caso, a resistência e as limitações de uma intervenção comportamental focalizada na família e com tempo limitado, em crianças pré-escolares com TDAH. As famílias submeteram-se a um programa de treinamento de 10 semanas de duração e foram atendidas em sessões de

follow-up. Os instrumentos utilizados para avaliar mudanças comportamentais foram uma variedade de escalas, entrevistas e dados coletados pelos pais em casa focalizando o comportamento problema. Os resultados demonstraram a ocorrência de melhora na confiança dos pais na habilidade de manejo com suas crianças e aquisição de princípios de comportamento aplicados em determinados problemas infantis, em avaliações de hiperatividade e da relação pai-criança.

10.2. Alguns Conceitos e Procedimentos da Análise do Comportamento

(a) TDAH e Autocontrole

O indivíduo com TDAH apresenta freqüente dificuldade com a atenção contínua, sendo facilmente distraído e levado a responder impulsivamente (Kercood & Grskovic, 2006). Além disso, possui diminuída capacidade de expor-se à demora de reforçamento. Ou seja, o indivíduo portador de TDAH é afetado, principalmente, por conseqüências imediatas, considerando que conseqüências adiadas não são reforçadoras para si. Neste caso, o valor de uma conseqüência desejada diminui como função da demora para aquela conseqüência (Neef & cols., 2005).

Nesse sentido, Barkley (2002) traz os resultados de um estudo sobre curiosidade em crianças com TDAH que demonstrou que garotos com TDAH brincam três vezes mais com brinquedos que os demais e gastavam 50% menos tempo com cada brinquedo. Essas crianças mostraram ter mais curiosidade física, demonstrado através de manipulação de objetos, troca de um objeto ou brinquedo por um outro com maior freqüência e passando menos tempo com eles. Por outro lado, Barkley (2002) e Goldstein e Goldstein (2001) afirmam sobre o fato de que crianças com TDAH possuem a predisposição a permanecer mais em tarefas de seu interesse ou preferência, isto é, em tarefas que para essas crianças sejam mais reforçadoras.

Barkley (2002) ressalta ainda a necessidade que a criança com TDAH tem de atividades novas, estimulantes e desafiadoras, devido às dificuldades de fixarem sua atenção por mais tempo, principalmente em atividades mais longas, que se apresentem mais maçantes, repetitivas e tediosas, o que se sugere que seja considerado em qualquer intervenção.

Nas referências teóricas sobre autocontrole ainda há muitas situações cotidianas e experimentais em que um indivíduo se expõe a uma condição de escolha entre um reforço de magnitude menor e imediato e um de magnitude maior com obtenção mais demorada.

Nessa situação, a escolha pelo reforço pequeno e imediato implica em impulsividade e escolher pelo maior e posterior consiste no que se denomina de autocontrole (Abreu-Rodrigues & Beckert, 2004; Binder, Dixon & Ghezzi, 2000; Castanheira, 2000).

Por sua vez, Catania (1999) define autocontrole como:

Um termo derivado do vocabulário coloquial que se aplica a casos em que um reforçador relativamente pequeno e imediato é rejeitado em favor de um reforçador maior e mais tardio, ou em favor de se evitar um evento aversivo grande mais tarde, ou em que um evento aversivo relativamente pequeno e imediato é aceito quando sua aceitação leva, mais tarde, a um reforçador maior, ou evita um evento aversivo maior (p. 387).

Em pesquisa básica e aplicada do comportamento, impulsividade e autocontrole têm sido investigados utilizando-se paradigmas de esquema concorrente, que enfatiza a natureza contextual dos construtos como dependendo do tamanho, da qualidade e demora dos resultados, competindo com respostas alternativas. Estes construtos são operacionalmente definidos como escolhas entre respostas alternativas concorrentes disponíveis, que produzam reforços igualmente demorados com rendimentos altos (autocontrole) ou reforços imediatos com rendimentos menores (impulsividade) (Neef & cols., 2005). Binder, Dixon e Ghezzi (2000) afirmam que um dos métodos experimentais utilizados para reduzir a tendência em direção da impulsividade é aumentar a demora para reforços de alta magnitude. Outro método é oferecer ao participante uma atividade distrativa durante a espera pelo reforço.

Recentes pesquisas básicas têm demonstrado que exigir aumento de esforço de resposta (ou força) produz efeitos semelhantes ao produzido por punição. Como exemplo disto, um estudo conduzido por Aling e Poling (citado em Friman & Poling, 1995) determinou algumas sutis diferenças no aumento e na diminuição dos esforços requeridos para determinadas respostas como estratégias de mudança de comportamento, que demonstrou que, requerer aumento de esforços é um procedimento efetivo na redução de respostas com efeitos duradouros. Friman e Poling (1995) sugerem que, manipular esforço de resposta pode, em alguns casos, ser uma viável alternativa para técnicas de mudanças de comportamento usado em ambiente aplicado. Um exemplo de benefício obtido com aumento do esforço de resposta mostra que, requerer que crianças pré-escolares completem uma tarefa prévia para mudar de uma área de atividade para outra produziu substancial

redução do número de interrupções que as crianças faziam. Com isso, os autores questionam a probabilidade de obtenção de outros benefícios semelhantes para crianças com TDAH, manipulando esforços de respostas, o que pode ser alvo de futuras investigações.

(b) TDAH e Controle por Regras

Crianças com TDAH apresentam dificuldade em seguimento de regras/instruções, engajando-se freqüentemente em outras atividades que não foram às solicitadas (Barkley, 2002). Parte disso se deve ao fato de indivíduos com TDAH apresentam alterações específicas na Função Executiva (FE). Essa função cerebral coordena a memória imediata, a memória imediata verbal, auto-regulação dos afetos e permite reconstituição e análise do próprio comportamento. Então, alterações nessa função acarretam ao indivíduo menor controle de impulsos, dificuldades de reter informações, respostas verbais inadequadas e problemas de controle motor e de estímulos, dificuldades na aquisição de novos conteúdos. Todas as pessoas podem apresentar alguma alteração na FE, mas, no TDAH pode ser entendida como o extremo de um mau funcionamento dessa função cerebral (Grevet & cols., 2003).

Segundo Meyer (2005), formular regras vantajosas não é suficiente em função da necessidade do indivíduo aprender a entendê-las e segui-las. Sem o repertório de seguimento de regras, são prováveis as ocorrências de padrões desordenados de respostas. Daí, algumas técnicas usadas com pessoas com transtornos de caráter ou impulsivas podem ser entendidas como uma tentativa de estabelecer um maior grau de seguimento de regras.

A consideração de que o indivíduo portador de TDAH tem dificuldades nessa área, justifica discorrer sobre uma das formas de aprendizagem, que é o comportamento governado por regras.

O comportamento governado por regras é o comportamento em contato com dois arranjos de contingências distintos, um relacionado diretamente ao comportamento de interesse e o segundo arranjo é um antecedente verbal, que em certa medida independe do primeiro arranjo. Esses antecedentes verbais são as regras (Zettle & Hayes, 1982).

Os comportamentos controlados por regras incluem conselhos, instruções verbais ou escritas, ordens ou qualquer outra forma de comportamento verbal que descreva contingências (Robert, 2005).

Quanto aos componentes do comportamento governado por regras, pode-se dizer que, o comportamento governado por regras envolve antecedentes verbais e diferentes tipos de comportamentos verbais relacionados a diferentes tipos de regras. Três passos estão envolvidos nessa seqüência: (1) primeiro, o falante fala; (2) segundo, a própria forma do comportamento verbal deve ser considerada, e (3) finalizando, o ouvinte ouve e reage de algum modo às contingências de ouvir. Portanto, uma análise completa deve incorporar unidades funcionais do falante, aspectos formais do discurso e unidades funcionais do ouvinte (Zettle & Hayes, 1982).

Zettle e Hayes (1982) citam ainda Skinner que, em 1957, desenvolveu várias unidades funcionais do falante, sendo as mais importantes, o tato e o mando. Um tato consiste em um operante verbal em que uma resposta é evocada ou fortalecida de uma dada forma por um objeto ou evento (ou suas propriedades) particular, estando, portanto, sob o controle restrito de um estímulo e é relativamente insensível a mudanças no estado de privação ou estimulação aversiva impingidos ao falante. O tato exige a exposição direta com um objeto ou evento particular. Um mando, por sua vez, é um operante verbal em que uma resposta está sob o controle de condições de reforçamento do falante e de antecedentes que indiquem uma disponibilidade de uma conseqüência relevante. Cada uma delas possui características próprias, sendo que tatos freqüentemente se assemelham às descrições, enquanto os mandos freqüentemente se assemelham aos pedidos e ordens. Assim, descrições como: “isto é água”, “aquele é o garoto de quem lhe falei”, são exemplos de tatos, enquanto, pedidos e ordens como: “traga-me um copo com água”, “garoto, venha aqui”, são exemplos de mandos.

Quanto às unidades funcionais do comportamento do ouvinte, uma está relacionada ao mando que é o *pliance*. O *pliance* é o comportamento governado por regras primariamente sob o controle de conseqüências que parecem ser mediadas pelo falante, pela correspondência entre a regra e o comportamento de interesse. A regra em si é denominada de *ply*, é um *pliance* somente se o ouvinte estiver sob o controle de conseqüências aparentemente mediadas pelo seguimento de regras, a exemplo: um ladrão que diz “passe a bolsa ou morre” e a pessoa segue a regra entregando a bolsa ao malfeitor. Uma segunda unidade funcional do comportamento do ouvinte está relacionada ao tato, denominada de *tracking*, que sugere seguir um caminho. O *tracking* é o comportamento governado por regras sob o controle de uma aparente correspondência entre a regra e o modo como o mundo está arranjado. A regra em si é denominada de *track* e corresponde a

um conselho. O *tracking* é sensível a uma variedade de variáveis que afetam a aparente correspondência entre a regra e as contingências naturais e a importância dessa correspondência, a exemplo: alguém que segue o conselho de alguém para chegar a um determinado endereço para si desconhecido. Uma terceira unidade é o *augmenting*, que não está relacionada às unidades do falante, mas que sugere um estado de condições alteradas ou intensificadas, fica sob o controle de aparentes alterações na capacidade dos eventos de funcionarem como reforçadores ou punidores. A regra em si é denominada de *augmental*, no caso, uma história, um poema que de alguma forma sensibilizam os ouvintes para mudanças necessárias em certas áreas de sua vida, são exemplos dessa unidade funcional do comportamento do ouvinte (Zettle & Hayes, 1998).

Vale ressaltar ainda que, a análise completa dos componentes do comportamento governado por regras envolve os aspectos formais do discurso, além das unidades funcionais do falante e ouvinte já explicitados.

Inúmeras pesquisas foram feitas nas últimas três décadas com o objetivo de investigar o papel do comportamento verbal no aprendizado humano comparando-o com o de animais. Nestas pesquisas, utilizaram-se participantes em diferentes faixas etárias da infância, desde aqueles que não possuíam habilidades verbais até crianças que estavam iniciando a aprendizagem dessas habilidades, além de crianças que já tinham o comportamento verbal já bem estabelecido, utilizando delineamento experimental com esquemas de reforçamento. Os resultados desses estudos demonstraram que, quando a criança não possuía habilidade verbal para descrever as contingências, mais seu comportamento assemelhava-se aos padrões de comportamento apresentados por animais, quando submetidos a esquema de reforçamento (Lowe, Beasty & Bentall, 1983). Já crianças que possuíam um repertório verbal mínimo, porém sem habilidades para descrever corretamente o esquema em vigor, demonstraram um padrão irregular e variado (Bentall, Lowe & Beasty, 1985). Tais estudos apontam também que, quanto maior a idade das crianças e estabelecido o comportamento verbal, mais próximo o padrão do comportamento assemelha-se ao apresentado pelos adultos, cujos comportamentos governados por regras ficam sob controle verbal (Pouthas, Droit, Jacquet & Wearden, 1990). É interessante relacionar os resultados desses estudos citados à afirmativa de Barkley (2002) que relaciona as habilidades verbais a um controle maior ou menor da impulsividade uma vez que indica que os indivíduos com linguagem mais desenvolvida e com melhores capacidades verbais são geralmente menos impulsivos e mais reflexivos na

realização das tarefas do que aqueles que possuem habilidades verbais menos desenvolvidas.

Lowe (1979), ao discutir as variáveis que ajudam a compreender diferencialmente as fontes de controle tanto do comportamento de humanos como o de não-humanos em delineamentos experimentais, aborda as variáveis de instruções verbais que se referem às regras fornecidas durante o experimento. Estudos têm demonstrado que o comportamento é estabelecido mais rapidamente quando instruções são fornecidas aos sujeitos antes do seu desempenho no esquema; além de também indicarem que, a variação na taxa de respostas está relacionada às diferentes instruções dadas no experimento. Considerando isso, outros experimentos, como o de Matthews, Shimoff, Catania, e Sagvolden (1977), tentaram demonstrar que com a minimização das instruções, o desempenho humano, então, assemelhasse ao de animais.

Rosenfarb, Newland, Brannon e Howey (1992), na revisão teórica de seu estudo sobre a investigação dos efeitos de regras auto-geradas no desenvolvimento de esquemas controlados de comportamento, indicam que instruções externas ou regras podem estabelecer com mais rapidez um desempenho do que quando o comportamento é modelado gradualmente por meio de exposição às instruções não verbais de reforçamento. Além disso, as regras externas, não raro, levam à insensibilidade às mudanças nas contingências, ficando o comportamento de instruções, sem alteração, quando exposto às mudanças de contingências.

Essas pesquisas demonstram que, não só o comportamento verbal enquanto repertório bem estabelecido pode contribuir para aquisição de comportamentos governados por regras, garantindo o seu seguimento, como também as instruções fornecidas durante os experimentos podem aumentar a rapidez da aprendizagem.

Quanto à importância das instruções fornecidas durante o experimento há um estudo de Albuquerque e Ferreira (2001) que trouxe novas contribuições na delimitação das condições sob as quais o seguimento de regras é mais ou menos provável quando investigou e comprovou que a extensão de uma regra medida pelo número de diferentes respostas descritas na própria regra, interfere no seguimento de regra. Essa investigação buscou base nos próprios pressupostos teóricos de Skinner (1978, citado por Albuquerque & Ferreira, 2001) que considerava que, à medida que uma instrução se tornava cada vez mais complexa, se atingiria um ponto em que o ouvinte seria capaz de segui-la de forma apropriada. Esses autores concluíram que os humanos, quando são confrontados pela

primeira vez com uma regra, podem ou não emitir o comportamento correspondente à regra, dependendo em parte da extensão da regra e outra pela história de reforçamento diferencial para o seguimento de regras com diferentes extensões, que é considerada uma condição antecedente que pode facilitar o controle do comportamento por uma regra extensa.

Isto leva a alguns questionamentos como: se as instruções fornecidas durante o experimento, a qualidade do conteúdo dessas instruções e o reforçamento social contingente a comportamentos planejados podem contribuir para que crianças com TDAH aumentem a frequência de comportamentos de autocontrole?

(c) Modelação

Considerando que os pais necessitam alterar suas práticas em ambiente natural, adquirindo novos padrões de comportamento em sua relação com a criança com TDAH, procedimentos de modelação por meio dos quais novos modos de comportamento são adquiridos e padrões de respostas existentes são modificados por meio da observação do desempenho de um modelo mais apropriado e de suas conseqüências, são altamente apropriados à obtenção de diversos resultados, incluindo eliminação de deficiências comportamentais (Bandura, 1979).

A exposição à influência modeladora apresenta três efeitos distintos, determinados por diferentes variáveis, a saber (Bandura, 1979):

(1) *Efeito modelador*: ocorre quando um observador pode adquirir novos padrões de respostas que não existiam em seu repertório previamente. Para demonstrar experimentalmente essa aprendizagem por observação, é necessário que o modelo exiba respostas novas que o observador ainda não aprendeu a desempenhar, devendo mais tarde reproduzi-la de forma substancialmente idêntica. Qualquer comportamento que tenha probabilidade de ocorrência baixa ou nula na presença de estímulos apropriados pode ser classificado como resposta nova;

(2) *Efeito inibitório e desinibitório*: ocorre quando observações de ações modeladas e suas conseqüências para o modelo concorrem para fortalecer ou enfraquecer respostas inibitórias nos observadores. Os efeitos inibitórios e desinibitórios tornam-se evidenciados quando a incidência de comportamento imitativo ou dessemelhante aumenta em função da

observação do modelo ter obtido conseqüências positivas e diminui quando o modelo não as experimenta;

(3) *Efeito de facilitação da resposta*: o comportamento de outras pessoas serve como estímulo discriminativo para o observador, facilitando a ocorrência de respostas previamente aprendidas da mesma classe geral. Tal efeito pode ser distinguido da desinibição e da modelação pelo fato de não ser aprendida nenhuma resposta nova; processos desinibitórios não estão envolvidos porque o comportamento em questão é socialmente sancionado, portanto, raramente ou nunca foi punido.

Dentro desta premissa, um treinamento de pais no qual o psicoterapeuta atua como um modelo, seja em ambiente clínico, acadêmico e domiciliar, torna-se uma alternativa de intervenção.

(d) Esquemas de Reforçamento

Os esquemas de reforçamento são mecanismos dos princípios básicos do comportamento que atuam na aquisição e manutenção do comportamento, que podem ser auxiliares na busca de elementos de avaliação e critérios diagnósticos menos subjetivos, “como os esquemas de reforçamento pela passagem do tempo que ensinam a esperar e os esquemas que ensinam a emitir um número baixo de respostas para obtenção do reforço, como os esquemas de intervalo fixo (*FI*), esquemas de intervalo variável (*VI*) e os esquemas de reforço diferencial de longos intervalos entre respostas, reforço diferencial de baixas taxas (*DRL*) ou intervalo entre respostas (*interresponse time - IRT* > *t*), reforço diferencial de comportamento zero ou outro comportamento (*DRO*), esquemas progressivos e o procedimento de *fading*” (Robert, 2005, pp.21-22).

O *DRO* consiste em um esquema de reforçamento diferencial de comportamento zero ou de outro comportamento, no qual o não responder é reforçado, apresentando um reforçador após um determinado tempo em segundos sem uma resposta. Há o esquema denominado de progressivo em que os requisitos mudam progressivamente com cada reforçador, sendo que é um esquema que às vezes permite que o requisito volte ao seu valor inicial (Catania, 1999).

O reforçamento diferencial que faz parte desses esquemas é um tipo de procedimento em que algumas respostas são escolhidas para serem reforçadas e outras não (Teixeira-Júnior & Souza, 2006), o que permite produzir diferenciação dentro de uma

classe de respostas (uma variedade de respostas) à medida que se passa a reforçar algumas dessas variedades e não outras, dentro de certos critérios definidos (Catania, 1999).

Os esquemas referidos podem ter papel auxiliar na avaliação diagnóstica, assim como na intervenção, terapia e treino parental de crianças com TDAH uma vez que há relação entre essas categorias de desatenção, impulsividade e hiperatividade com a capacidade de auto-regulação, ou seja, de autocontrole, que, dentre as subcategorias comportamentais que as compõem encontra-se a capacidade de esperar. Tal capacidade está estreitamente ligada a saber regular e lidar com a passagem de tempo, o que é aprendido em nossa história de condicionamento, porém, as crianças com diagnóstico de TDAH são aparentemente atrasadas no desenvolvimento dessas categorias e subcategorias comportamentais (Robert, 2005, p.22).

(e) Generalização

Vasconcelos (2002) sugere que se deve procurar desenvolver o tratamento comportamental em “*settings* naturais” onde os comportamentos-alvos são emitidos. Tal sugestão justifica-se pelo fato de não se estar observando como efeito do tratamento, a generalização dos ganhos terapêuticos para outros ambientes naturais não envolvidos no processo de intervenção.

A generalização enquanto um fenômeno que consiste na extensão dos efeitos do reforço na presença de um dado estímulo para outros estímulos não correlacionados com o reforço (Catania, 1999) torna-se um dos benefícios almejados durante e após a intervenção, seja com a criança com TDAH, seja com os seus respectivos pais.

Segundo Millenson (1975), a quantificação da generalização enquanto fenômeno comportamental mostra a importância de ter dimensões quantitativas disponíveis para descrever e manipular os ambientes dos organismos uma vez que as similaridades de duas quaisquer situações de estímulos parece estar claramente envolvida. Tal disponibilidade de dimensões de estímulos permite um estudo sistemático do tipo de similaridade.

Millenson (1975) afirma ainda que a generalização em si mesma não é um processo, ou seja, ela não se apresenta enquanto uma mudança no comportamento, no tempo, com um procedimento fixo mantido constante. Em vez disso, ela é um fenômeno que pode ser observado depois do fortalecimento ou enfraquecimento, através do emprego de uma determinada seqüência de operações.

Vale destacar que, a generalização de estímulos pode se tornar tanto uma propriedade de impedimento de adaptação do organismo, como no caso de crianças que emitem respostas indiscriminadas em função de confundirem estímulos de uma dada situação com uma outra, quanto uma propriedade útil ao comportamento, quando habilidades adquiridas em uma dada situação difundem-se e são emitidas em outros ambientes (Millenson, 1975).

Na prática, espera-se que as habilidades aprendidas pelos pais em uma situação de treino em *setting* terapêutico e domiciliar e os comportamentos apresentados pelas crianças sob o controle dos estímulos presentes em tais condições possam ser emitidas em novas situações ambientais, que apresentem alguma similaridade de estímulos presentes na situação original.

Nesse sentido, o gradiente de generalização fornece um alerta quanto à necessidade da condição de treino ser a mais próxima possível da vida real do indivíduo, em função de que, se uma resposta for reforçada durante um estímulo e alguma propriedade desse estímulo, então, for variado, o responder pode depender do quanto o estímulo mudou (Catania, 1999). Um trecho de Millenson, quando trata das implicações do gradiente de generalização em ambiente natural, fortalece tal alerta: “Quanto mais uma situação de treino se parecer com a situação na qual o comportamento será necessário mais tarde, tanto mais efetivo será o treino” (p.199).

(f) Extinção

É o procedimento no qual uma dada resposta deixa de ser seguida por um estímulo reforçador (Catania, 1999), ou seja, ocorre uma quebra da relação de contingência entre uma dada resposta e uma consequência (Teixeira-Junior & Souza, 2006), resultando em um processo gradual de redução da frequência de uma dada resposta operante, cuja demora (muita ou pouca) para a redução depende da história de reforçamento de cada indivíduo (Catania, 1999; Millenson, 1975).

11. TDAH e Estilo Parental

Segundo Gomide (2006) e Weber e cols. (2002), estilo parental é um conjunto de práticas ou atitudes parentais utilizadas para educar, socializar e controlar os filhos, tornando-se assim um instrumento essencial para identificação do modo como os pais interagem com seus filhos.

A literatura apresenta dois modelos teóricos de estilos parentais⁴. Um deles é o baseado no modelo de Maccoby e Martins (1983) que classifica os estilos parentais em duas dimensões, exigência e responsividade, dentro das quais se apresenta quatro tipos básicos: (a) *Pais participativos* também chamados de *autoritativos* ou *participativo-democrático* (tanto exigentes quanto responsivos), são pais centrados tanto na relação quanto na socialização do filho, apresentam muitas regras e limites, mas também muito afeto e envolvimento, educam dando apoio, atenção emocional, estrutura positiva e direção para seus filhos; (b) *Pais negligentes*: são aqueles que se comportam pouco responsivos e pouco exigentes, apresentando pouco afeto e envolvimento, além de poucas regras e limites, são considerados pais ausentes, caracterizam-se por não tolerância e aborrecerem-se com facilidade; (c) *Pais autoritários*: são pais que adotam comportamentos de muito mais exigência que os responsivos, apresentando muitas regras e limites, porém, são poucos afetivos e envolvem-se pouco, caracterizam-se por fornecer nível baixo de apoio e atenção emocional, porém, alta estrutura positiva e direção, são demasiadamente exigentes, centrados em si mesmos, portanto, desejam somente a obediência dos filhos, e (d) *Pais permissivos ou indulgentes* (muito mais responsivos do que exigentes), apresentam muito afeto e envolvimento e poucas regras e limites, são pais centrados nos filhos, fornecendo muito apoio e atenção emocional, porém pouca estrutura positiva e direção aos filhos, são receosos em serem rejeitados e não amados pelos filhos ou culpam-se pela ausência no trabalho, resultando em permissividade em demasia e inconsistência (Maccoby & Martins, 1983; Mazzarotto, Maranha, Moschetta, Salvador & Weber, 2004; Weber & cols., 2002;).

O outro modelo teórico é o proposto por Gomide (2006), composto de sete práticas educativas, sendo cinco relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais e duas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. As primeiras incluem as categorias: negligência (ausência de atenção e afeto); abuso físico e psicológico (disciplina através de práticas corporais negativas, de ameaça, chantagem de abandono e humilhação do filho); disciplina relaxada (relaxamento das regras estabelecidas); punição inconsistente (orientação dos pais para punir ou reforçar pelo humor, não pelo ato praticado), e monitoria negativa (convívio hostil, excesso de instruções independente de seu cumprimento). As relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, incluem as categorias: monitoria positiva (afeto adequado, estabelecimento de regras,

⁴É um conjunto de práticas educativas parentais ou atitudes parentais utilizada pelos cuidadores com objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento dos filhos. Por sua vez, as práticas educativas são estratégias específicas utilizadas pelos pais em diferentes contextos (Gomide, 2006).

acompanhamento e supervisão de atividades escolares e de lazer, distribuição contínua de afeto e privilégios), e comportamento moral (promoção de condições favoráveis para o desenvolvimento de virtudes) (Gomide, 2006, p.8).

Conforme o modelo teórico de Gomide (2006), os índices de estilo parental (iep) obtidos pelos pais são classificados dentro de um Estilo Parental, que orientam diferentes formas de intervenção, que são os seguintes: (a) para pais que se classificam em Estilo Parental acima da média, aconselha-se a leitura de livros de orientação para pais para aprimoramento das práticas parentais; (b) para pais que se enquadram no Estilo Parental abaixo da média, aconselha-se participação em grupos de treinamento de pais, e (c) para pais que se enquadram em Estilo Parental de risco, aconselha-se a participação em programas de intervenção terapêutica, em grupos, de casal ou individualmente, especialmente desenvolvidos para pais com dificuldades em práticas educativas nas quais possam ser enfocadas as conseqüências do uso de práticas negativas em detrimento das positivas.

Segundo Salvo, Gomide e Sabbag (2004), as práticas parentais acima têm sido vastamente estudadas pela literatura, porém, poucos estudos as correlacionam entre si. Afirmam ainda que, práticas parentais diferem do termo estilo parental uma vez que este provém das práticas parentais, podendo coexistir práticas positivas e negativas no mesmo casal, sendo o diferencial entre estilo parental de risco e não risco, a freqüência dessas práticas.

Considerando-se os aspectos teóricos levantados, o presente estudo pretendeu realizar uma pesquisa, seguindo os pressupostos teóricos da análise do comportamento, visando identificar os efeitos de um treinamento com pais de crianças com TDAH, realizado em dois contextos, cujos objetivos estão descritos a seguir.

OBJETIVOS

Investigar os efeitos de um treino parental realizado em dois contextos, *setting* terapêutico e ambiente domiciliar, sobre os estilos parentais e sobre a ocorrência de comportamentos de hiperatividade-impulsividade comparados com comportamentos de autocontrole em crianças com diagnóstico de TDAH, analisando sua generalização para o contexto escolar.

MÉTODO

1. Participantes

Participaram deste estudo quatro díades compostas por criança e cuidador, sendo duas díades expostas à condição *setting terapêutico* (Condição 1: consultório) e duas expostas à condição *ambiente domiciliar* (Condição 2: domicílio), a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- (a) as crianças deveriam estar na faixa etária entre cinco e nove anos; possuir diagnóstico de TDAH com base nos critérios clínicos do DSM-IV, emitido pela neuropediatra do ambulatório de um hospital universitário, na cidade de Belém-Pará, e estar freqüentando regularmente a escola;
- (b) os cuidadores deveriam ser um dos pais da criança; ter como escolaridade mínima a conclusão da primeira etapa do Ensino Fundamental, e concordar em participar voluntariamente do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-versão para responsáveis (Anexos 1a e 1b).

Também foram considerados como critérios de inclusão dos participantes: ter endereço de fácil acesso aos pesquisadores e ter a concordância do professor da criança em participar do estudo como informante por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-versão para professores (Anexo 1c).

Foram excluídos deste estudo, pais que estivessem fazendo tratamento psiquiátrico mediante o uso de medicamentos controlados. No caso das crianças, optou-se por não excluir aquelas que tivessem indicação para uso de medicamento para o controle do TDAH.

2. Composição da Amostra

A amostra ficou composta pelos seguintes participantes:

Condição 1: Consultório: quatro participantes, duas mães e duas crianças, ambas do sexo masculino, representados pelas siglas Cr1 (Criança 1) e Cr2 (Criança 2). A mãe da Cr1 tinha 33 anos de idade, profissão promotora de vendas, desempregada, e cursava o último ano do ensino médio. No início do procedimento, Cr1 tinha sete anos, cursava a primeira série e ainda apresentava diagnóstico de dislexia. A mãe da Cr2 tinha 31 anos de idade, trabalhava como empregada doméstica e havia concluído o ensino médio. Cr2, ao início do procedimento, tinha oito anos e encontrava-se na segunda série. Ambas as crianças tinham indicação e prescrição para tratamento farmacológico como controle do TDAH, porém não faziam uso do medicamento.

Condição 2: Domicílio: quatro participantes, duas mães e duas crianças, sendo um menino e uma menina, representados pelas siglas Cr3 (Criança 3) e Cr4 (Criança 4). A mãe de Cr3 tinha 30 anos de idade, profissão administradora de empresas, com nível de escolaridade correspondente ao superior completo. Ao início do procedimento, Cr3 tinha sete anos, cursava a segunda série e fazia uso de fármacos usados de forma combinada. Por sua vez, a mãe de Cr4 tinha 34 anos de idade, trabalhava como vendedora autônoma e possuía o ensino fundamental incompleto. Cr4, ao início do procedimento, tinha seis anos de idade, encontrava-se na primeira série, sem indicação e sem uso de medicação, e ainda apresentava suspeita de dislexia.

3. Ambiente

A coleta foi realizada predominantemente em três ambientes distintos, descritos a seguir:

Consultório: Sala de atendimento psicológico destinado ao público infanto-juvenil, localizada no ambulatório do Hospital Universitário (HU), medindo aproximadamente 12,00 m², mobiliada com uma mesa tipo escritório, três cadeiras modelo interlocutor, um conjunto de mesa e cadeiras infantis, quadro de giz, espelho, um armário-fichário e dois outros armários destinados ao armazenamento de livros, brinquedos e materiais para pintura e desenho (Anexo 2).

Domicílio: Sala de estar ou pátio da residência das crianças, escolhidos após acordo entre terapeuta-pesquisadora (TP) e os pais da criança, levando-se em consideração o critério de ambiente que se enquadrasse como mais privativo e menos sujeito às interferências externas em domicílio.

Escola: Foram coletados dados através de instrumentos padronizados com os professores de todas as crianças em ambiente reservado na escola.

4. Instrumentos, Materiais e Equipamentos

4.1. Instrumentos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O TCLE é um documento que contém informações sobre a pesquisa, como objetivos, procedimentos adotados, benefícios, riscos e possíveis encaminhamentos, buscando obter a autorização dos participantes. Neste estudo, o TCLE apresentou-se elaborado em três versões: uma para os participantes da Condição 1 (os quais foram submetidos ao procedimento em ambiente de consultório), outra para os da Condição 2 (participantes que foram submetidos ao procedimento em ambiente domiciliar), e o que foi utilizado com os professores das crianças participantes (Anexos 1a, 1b e 1c).

Inventário de Estilos Parentais (IEP)

Esse instrumento é composto por 42 itens referentes à forma como os pais educam os filhos. Os itens estão agrupados em blocos de seis, relacionados a uma dentre sete práticas educativas que definem os estilos parentais. Cinco dessas práticas são consideradas *negativas* e estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais (abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência), enquanto as outras duas são consideradas *positivas* e favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (monitoria positiva e comportamento moral). O IEP é calculado somando-se os pontos obtidos nos itens referentes às práticas positivas que são subtraídos do somatório dos pontos das práticas negativas. O índice, quando negativo, informa a prevalência de práticas educativas negativas; e, quando positivo, a presença de práticas positivas no processo educacional (Gomide, 2006; Salvo & cols., 2005).

Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (CBCL/TRF)

Foram utilizadas duas versões da Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (Achenbach, 1991a, 1991b). A versão para os responsáveis (CBCL de 6 a 18 anos) foi preenchida pelos pais em relação aos comportamentos da criança. A versão para professores (TRF) foi respondida pelos docentes.

Este instrumental é composto de quatro partes, a primeira destina-se à avaliação da competência social (a versão para os pais) e do funcionamento adaptativo da criança na escola (a versão para os professores), a segunda verifica os problemas de comportamentos, a terceira avalia os problemas em conformidade com a Escala do DSM-IV e a quarta com a Escala 2007.

A primeira parte difere entre pais e professores. Para os pais (CBCL), pode ser agrupada em três sub-escalas: (a) atividade, (b) social e (c) escola, sendo que a soma das três fornece o escore final de competência social (Salvo, Silveiras & Toni, 2005). Para os professores (TRF) pode ser sub-dividida do seguinte modo: (a) desempenho acadêmico, (b.1) trabalhar duro, (b.2) comportar-se, (b.3) aprender e (b.4) feliz, sendo que a soma dessas sub-escalas fornecem o escore final do funcionamento adaptativo da criança no ambiente escolar.

A segunda parte está subdividida em oito sub-escalas que integram duas escalas mais amplas, denominadas de internalização e externalização. A escala de internalização compreende: (a) ansiedade e depressão, (b) retraimento e (c) queixas somáticas. A escala de externalização: (a) problemas de contato social, (b) problemas com o pensamento, (c) problemas com atenção, (d) comportamento opositor e (e) comportamento agressivo. Ambas apresentam escores totais separados uma da outra, e a soma total do escore obtido nas duas escalas corresponde ao total de problemas de comportamentos (Salvo, Silveiras & Toni, 2005). Quando consideradas em conjunto, as subescalas (a), (b) e (c) são chamadas de escalas de introversão, as subescalas (d) e (e) são chamadas de escalas de extroversão (Achenbach, 1991a, 1991b; Bordin, Mari & Caeiro, 1995).

A terceira parte, que avalia os problemas de comportamentos em conformidade com a Escala do DSM, padrão ASEBA, traz as seguintes sub-escalas: (a) problemas afetivos, (b) problemas de ansiedade, (c) problemas somáticos, (d) problemas de déficit de atenção e hiperatividade, (e) problemas com comportamento opositor-desafiante e (f) problemas de conduta.

Finalmente, a quarta parte enfoca três problemas sob a Escala 2007, padrão ASEBA, que são: (a) tempo cognitivo lento, (b) problemas com comportamento obsessivo-compulsivo e (c) problemas de trauma estresse pós-traumático.

Os resultados ponderados no CBCL permitem classificar a criança em: normal, limítrofe e clínica (Bordin & cols., 1995; Salvo & cols., 2005). Para as escalas sociais, a criança é classificada como *clínica* quando obtém escore abaixo de 30, *limítrofe* entre 30 e 33 e *normal* acima de 33. Para as escalas comportamentais, *clínica* acima de 70, *limítrofe* entre 67 e 70, e *normal* inferior a 67. Para o escore total, *clínica*, acima de 63, *limítrofe*, entre 60 e 63, e *normal*, abaixo de 60 (Salvo & cols., 2005).

Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - versão para professor

Esta escala possui 49 itens, subdivididos em quatro fatores que avaliam o TDAH em contexto escolar, a saber: Fator 1: déficit de atenção (16 itens), Fator 2: hiperatividade/impulsividade (12 itens), Fator 3: problemas de aprendizagem (14 itens) e Fator 4: comportamento anti-social (7 itens). A escala é do tipo Likert de seis pontos, tendo o professor as seguintes opções para assinalar: DT (discordo totalmente), D (discordo), DP (discordo parcialmente), CP (concordo parcialmente), C (concordo) e CT (concordo totalmente). Cada resposta recebe uma pontuação que pode variar de um a seis. Após a pontuação dos itens, somam-se os valores, obtendo-se o resultado bruto de cada fator. Os resultados brutos são comparados aos dados normativos expressos em percentis, disponíveis no manual em forma de tabelas de correspondência. Um resultado correspondente aos percentis 26 a 75 indica que a avaliação do escolar se encontra na faixa média e esperada para as crianças de sua idade. Resultados entre os percentuais de 76 e 94, sugerem que as crianças apresentam mais problemas que a maioria, sendo classificadas como acima da expectativa. Acima de 95, o escolar situa-se na faixa onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno, sendo classificado como *alta probabilidade* (Benczik, 2000; Freire & Ponde, 2005).

Ficha de Monitoramento

Esse instrumento continha seis colunas para registro de eventos específicos pelo cuidador: na primeira coluna, o horário; na segunda, a ocorrência de comportamentos de hiperatividade e autocontrole; na terceira, as situações nas quais tais comportamentos ocorriam (incluindo onde e quem estava presente); na quarta e quinta colunas, a descrição dos estímulos antecedentes e conseqüentes, acrescido de coluna para ação alternativa, isto é, que poderiam ser emitidas (Anexo 3).

Roteiro de Entrevista Inicial com os Responsáveis

Este roteiro era composto por 13 perguntas semi-abertas, elaboradas com o objetivo de: levantar informações sobre dados de identificação e sócio-demográficos da criança, motivos do encaminhamento para a neuropediatria, histórico da identificação do transtorno, desempenho escolar, relações sociais, organização do ambiente familiar, discriminação pelos responsáveis a respeito de padrões comportamentais adequados da criança, condições de brincadeiras e de jogos lúdicos em ambiente domiciliar (Anexo 4).

Roteiro de Entrevista de Avaliação com os Responsáveis

Composta por 7 perguntas que visavam investigar os efeitos da primeira fase do treino, anterior à reversão, sobre o repertório comportamental tanto nos pais quanto nas crianças no que se refere às mudanças e benefícios identificados por meio da observação dos respectivos comportamentos ocorridos em ambiente domiciliar, de consultório ou escolar (Anexo 5).

Roteiro de Entrevista Final com os Responsáveis

Este roteiro era composto por sete perguntas que visavam investigar as possíveis alterações no padrão comportamental dos pais correspondente ao modo de lidar com a criança, bem como a discriminação, pelos responsáveis, a respeito das mudanças observadas no repertório comportamental da criança em ambiente domiciliar e escolar, além de investigar os possíveis benefícios obtidos com a participação no estudo (Anexo 6).

Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Este instrumental tem a função de fazer uma estimativa do poder de compras das pessoas e famílias urbanas, posicionando-as dentro de uma determinada classe econômica. É composto por dois blocos, um contendo 10 itens de posse (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer ou parte da geladeira duplex), medidos em termos de quantidade e percentis correspondentes, e um outro bloco que classifica o grau de instrução do chefe da família. (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP, 2007).

O CCEB é calculado somando-se o total de pontos obtidos nos dois blocos, classificando o escore dentro de um dos cortes do critério construído para o Brasil: Classe A1, A2, B1, B2, C, D e E.

4.2. Materiais e equipamentos

Foram utilizados: um gravador de áudio modelo Olympus Pearlorder S701, uma câmera digital com função de filmadora modelo Digitron S6, fitas K-7s, tripé de suporte para máquina filmadora, canetas esferográficas e hidrográficas, lápis preto, lápis de cor, borracha, apontador, giz de cera, massa de modelar e jogos de regras.

Os jogos de regras selecionados foram: Memória, Dominó, Pula-Macaco, Morcegos-Equilibristas, Maçã Maluca, Money, Lince Alfabético, Roda-Pião, Caça-Animais, Caça Casal, Caça Figuras e Jogo do Mico (Anexo 7).

Os jogos e materiais para modelagem, desenho e pintura referidos acima foram selecionados segundo a classificação e análise de materiais lúdicos do Sistema ESAR (Garon, 1992), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1

Jogos e materiais selecionados de acordo com a classificação do Sistema ESAR

Classificação	Jogos Selecionados
Jogo de regras simples (jogo de destreza)	Pula-Macaco Morcegos-Equilibristas Maça-Maluca
Jogo de regra simples	Dominó
Jogo de regras simples, condutas cognitivas e habilidades funcionais	Lince-Alfabético Roda-Pião Memória Money Caça Casal Caça Figuras Caça Animais Jogo do Mico
Jogo de acoplagem (jogo de acoplagem artística)	Modelagem
Jogo simbólico (jogo de representação)	Desenho e Pintura

5. Procedimento

Após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o Protocolo no. 137/07 CEP-ICS/UFPa (Anexo 8), a seleção dos participantes e a coleta de dados foram realizadas de acordo com as etapas descritas a seguir:

ETAPA 1: Seleção/Escolha dos Participantes e Composição da Amostra

Passo 1: Contato com a Neuropediatra

Estabeleceu-se contato com a neuropediatra de um HU visando esclarecê-la sobre os objetivos da pesquisa e sobre as condições de encaminhamento de prováveis participantes, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos.

Passo 2: Triagem e Convite para Participação

A triagem para seleção/escolha dos participantes foi realizada por meio de dois procedimentos: (1) Convite por encaminhamento: feito pela própria neuropediatra do HUBFS, que encaminhava ao serviço de Psicologia os novos casos de crianças diagnosticadas com TDAH, dentro dos dias e horários combinados de disponibilidade da

TP para atendimento dos pais, conforme contato estabelecido entre as pesquisadoras e a neuropediatra; (2) Convite por telefone: feito após análise de prontuários de crianças que se encontravam em atendimento com a referida neuropediatra.

Ambos os procedimentos de triagem seguiram-se em conformidade com os critérios de inclusão já mencionados. No caso do convite por encaminhamento, os pais procuravam por TP na Ala B, sala 26 do HU, onde esclarecia-se sobre a pesquisa e obtinha-se o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE no modelo específico para cada uma das condições (Anexo 1a e 1b) e, se houvesse disponibilidade de tempo por parte dos responsáveis, fazia-se a primeira entrevista; do contrário, agendava-se uma outra data e horário. No segundo caso de convite por telefone, os pais das crianças selecionadas pela análise dos prontuários eram convidados, por meio de telefonema, para uma primeira entrevista agendada com a TP, na qual ocorriam esclarecimentos sobre a pesquisa e obtenção do consentimento e assinatura do TCLE dos pais.

A neuropediatra encaminhou dois casos novos, cujos pais foram selecionados para participar da pesquisa. A TP agendou três dos seis casos selecionados por meio da análise de prontuários, dos quais dois participaram efetivamente da pesquisa.

Passo 3: Distribuição dos participantes entre as condições

Os participantes foram distribuídos alternadamente, por ordem de entrada, em duas condições de intervenção: (a) Condição 1: Consultório; (b) Condição 2: Domicílio.

ETAPA 2: Avaliação Inicial

Passo 1: Entrevista com os responsáveis

Durante o contato com os responsáveis, TP ofereceu esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, seus benefícios e possíveis riscos, os critérios de responsabilidade dos pesquisadores, bem como entrou em acordo sobre qual dos pais participaria da pesquisa ao longo de todo o processo, sem interrupção. Em seguida, era feita a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão para os responsáveis (Anexos 1a e 1b) e, na seqüência, sua assinatura, o que indicava aceitação de participação na pesquisa, entregando uma das vias aos responsáveis pela criança. Após a obtenção do consentimento, era aplicado o CBCL com o responsável. Terminada a aplicação do referido instrumento, TP solicitava informações referentes à escola (nome, endereço,

telefones e referências para contato), além do pedido de que os responsáveis avisassem antecipadamente a Diretora e professores da escola sobre o contato que seria estabelecido. Por fim, era agendada a próxima sessão para conclusão dos procedimentos iniciais com os responsáveis.

Na segunda entrevista, primeiramente era aplicado o IEP (Inventário de Estilos Parentais), em seguida, o Roteiro de Entrevista Inicial com os Responsáveis (Anexo 4). Ao final desta entrevista, os responsáveis eram instruídos quanto ao preenchimento de uma Ficha de Monitoramento (Anexo 3), na qual deveriam ser registrados os comportamentos de autocontrole e de hiperatividade de seus filhos e as situações em que estes ocorreriam no intervalo de uma semana, fornecendo a eles uma lista das categorias correspondentes aos comportamentos alvos. Informou-os que os comportamentos deles na interação com a criança na sessão seriam alvos também de investigação.

Quando as crianças possuíam ambos os pais presentes e convivendo no mesmo domicílio, convocava-se também o cônjuge para uma entrevista na qual se aplicavam o CBCL e o IEP⁵, exceto o Roteiro de Entrevista Inicial com os Responsáveis (Anexo 4).

Nesta etapa inicial, os responsáveis foram informados sobre as regras que seriam utilizadas durante as sessões de intervenção, como: pontualidade, assiduidade, a presença obrigatória do responsável selecionado para compor a díade com a criança, os critérios adotados para suspensão da sessão, caso a criança se ausentasse do local por mais de 10 minutos do local estabelecido para a coleta de dados, e quanto ao tempo máximo de duração de cada sessão.

Passo 2: Visita à escola e aplicação da Escala sobre TDAH com os Professores

Em seguida à primeira entrevista com os responsáveis, foram estabelecidos contatos telefônicos com a Direção e/ou Coordenação Pedagógica da escola em que a criança estudava, explicando-se os objetivos da pesquisa e da visita, além de sondar o horário mais adequado para entrar em contato com as(os) professoras(es) da criança, marcando previamente uma visita com fins de aplicação da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - versão para professores e da Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes – TRF. Os professores foram solicitados a

⁵ Os instrumentos padronizados (CBCL, IEP e o CCEB) foram aplicados com a mãe e o pai das crianças Cr1 e Cr4, e com a mãe das crianças Cr2 e Cr3.

participarem voluntariamente do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão para professores (Anexo 1c).

Passo 3: Sessões de observação direta de atividade livre (linha de base)

Neste passo foram realizadas duas sessões de observação direta da interação responsável-criança, com atividade livre, as quais tinham como objetivos principais os mesmos propostos por Robert (2005), a saber: (a) estabelecer *rappport* com os participantes; (b) apresentar o ambiente de atendimento; (c) esclarecer o motivo da participação e possíveis dúvidas; (d) descrever as regras do atendimento psicoterápico, como o uso do ambiente, dos brinquedos e de outros objetos presentes, horários e o relacionamento que deveria ser estabelecido com a TP, e (e) obter a linha de base dos comportamentos de hiperatividade e autocontrole da criança. A seleção do ambiente no qual ocorreu a coleta de dados obedeceu a distribuição dos participantes pelas duas condições estabelecidas. Na Condição 1, a observação direta ocorreu em consultório e na Condição 2 ocorreu no ambiente domiciliar.

Todas as sessões, do início ao término do procedimento tanto na condição 1 quanto na condição 2, foram gravadas em vídeo pela própria TP, que posicionou a câmara de vídeo em locais fixos e estratégicos. Apenas uma sessão livre com um dos participantes não foi gravada em vídeo em função de problemas técnicos com o equipamento, porém, essa sessão foi gravada em áudio e uma auxiliar de pesquisa realizou ainda o registro de observação dos comportamentos verbais e motores, tendo sido feita a transcrição da sessão logo em seguida.

Condição 1: Consultório

Na primeira sessão, a TP buscava a criança e o seu responsável na sala de espera do ambulatório e os conduzia à sala de atendimento. Após entrarem na sala, a TP se apresentava, identificando-se pelo nome e profissão. Investigava através de perguntas se a criança sabia o motivo de sua ida ao atendimento e se sabia ainda o que é e o que faz um psicólogo. Informava-se a duração do atendimento, estabelecido em uma hora. O responsável sentava-se próximo à criança, assim como a TP.

Nessa sessão, a TP disponibilizava aos participantes materiais para desenho e pintura (folhas de papel A4, lápis preto, borracha, lápis de cor, giz de cera, quadro de giz e

canetinhas coloridas), massa de modelar e jogos de regra (Memória, Dominó, Pula-Macaco).

Seguindo o modelo proposto e utilizado por Robert (2005), com algumas adaptações, foi descrita a seguinte orientação:

Esta é a sala em que nós vamos nos encontrar para fazer algumas atividades. Como você pode ver, estamos contando com a presença de sua mãe. Ela vai participar também prestando atenção na forma como lido com você. Nós nos veremos uma vez por semana. Nesta sala temos hora para começar e para terminar. É preciso chegar na hora que nós marcamos para iniciar, para podermos aproveitar bem o tempo que nós temos aqui. Nós vamos poder ficar nesta sala durante no máximo uma hora (mostra no relógio). Como você pode ver, temos vários brinquedos. Hoje você pode escolher com qual você quer brincar e aonde você quer brincar dentro desta sala. Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho? Repita para mim, por favor.

Caso a criança ou o seu responsável não entendesse, a instrução era repetida. Tal procedimento se manteve em todas as etapas posteriores do procedimento que envolveu instrução verbal e atividades de jogos com a criança e seu responsável. A TP participava ativamente com a criança quando esta solicitava sua colaboração em alguma atividade, bem como para intervir em situações que representassem algum risco para a criança. Nessa primeira sessão, a TP não fornecia conseqüências diferenciais a comportamentos apresentados pela criança ou pelo responsável.

A segunda sessão teve como objetivos: (a) a continuidade do estabelecimento do *rapport* com a criança; (b) manter o ambiente de atendimento conforme descrito; (c) esclarecer possíveis dúvidas; (d) reafirmar as regras do atendimento psicoterápico especificados anteriormente, e (e) manter a obtenção da linha de base dos comportamentos de hiperatividade e autocontrole da criança.

Essa sessão contou com a mesma diversidade de material lúdico (brinquedos e jogos) e material para desenho e pintura da primeira sessão livre, sendo que se deu a seguinte instrução:

Está é a sala onde nos encontramos da última vez. Estamos novamente contando com a presença de sua mãe. Ela vai continuar prestando atenção na forma como lido com você. O que foi dito em relação a que temos hora para começar e terminar na sessão

continua, pois temos no máximo uma hora para ficar nesta sala. Por isso é preciso chegar no horário para aproveitarmos bem o tempo. Continuam disponíveis os mesmos brinquedos. Hoje, novamente, você poderá brincar com o brinquedo que você escolher, dentro desta sala. Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho? Repita para mim, por favor.

Condição 2: Domicílio

Na primeira sessão de atividade livre, a TP chegava ao domicílio no horário marcado previamente com o responsável, com objetivo de preparar, no espaço onde se realizaria a sessão, os equipamentos de gravação em áudio e vídeo. Quando estes estavam prontos, a TP solicitava que tanto o responsável quanto a criança se acomodassem no local. Após estarem todos acomodados, a TP apresentava a si mesma à criança e ao responsável, identificando-se pelo nome e profissão. Investigava através de perguntas se a criança sabia o motivo de sua ida ao atendimento em domicílio e se sabia o que é e o que faz um psicólogo. Ainda informava a duração do atendimento.

Nesta sessão, a TP disponibilizava aos participantes materiais para desenho e pintura (folhas de papel A4, lápis preto, borracha, apontador, lápis de cor, giz de cera, quadro de giz e canetinhas coloridas), massa de modelar e jogos de regra (Memória, Dominó, Pula-Macaco).

Seguindo o modelo proposto e utilizado por Robert (2005), com algumas adaptações, será descrita a seguinte orientação:

Estamos em sua casa aonde nós vamos nos encontrar para fazer algumas atividades. Como você pode ver, estamos contando com a presença de sua mãe. Ela vai participar também prestando atenção na forma como lido com você. Nós nos veremos uma vez por semana em sua casa. Neste espaço de sua casa temos hora para começar e para terminar. É preciso estarmos aqui na hora que nós marcamos para iniciar, para podermos aproveitar bem o tempo que nós temos aqui. Nós vamos poder ficar em sua casa durante no máximo uma hora (mostra no relógio). Como você pode ver, eu trouxe vários brinquedos. Hoje você poderá escolher com qual você quer brincar e aonde você quer brincar dentro desta sala (espaço) de sua casa. Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi

dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho? Repita para mim, por favor.

A instrução era repetida caso a criança ou seu responsável não entendesse. A TP participava ativamente com a criança quando esta solicitava sua colaboração em alguma atividade, bem como para intervir em situações que representassem algum risco para o participante. Nessa sessão, a TP não fornecia conseqüenciação diferencial a comportamentos apresentados pela criança ou pelo responsável.

A segunda sessão teve como objetivos: (a) a continuidade do estabelecimento do *rapport* com a criança; (b) manter o ambiente de atendimento conforme descrito; (c) esclarecer possíveis dúvidas; (d) reafirmar as regras do atendimento psicoterápico especificados anteriormente, e (e) manter a obtenção da linha de base dos comportamentos de hiperatividade e autocontrole da criança.

A instrução desta sessão era:

Estamos nos encontrando em sua casa como da última vez. Estamos contando novamente com a presença de sua mãe. Ela vai continuar prestando atenção na forma como lido com você. O que foi dito em relação que temos hora para começar e terminar na sessão continua, pois temos no máximo 1 hora para ficar em sua casa. Por isso, é preciso começar no horário para aproveitarmos bem o tempo. Eu trouxe novamente os mesmos brinquedos. Hoje, novamente, você poderá brincar com o brinquedo que você escolher, mas dentro desta sala (espaço) de sua casa. Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho? Repita para mim, por favor.

Ao final das duas sessões de observação livre, tanto na Condição 1 como na Condição 2 foi solicitado que a criança e seu responsável verbalizassem de modo livre como havia sido a sessão para eles. Tal decisão metodológica objetivava levantar dados sobre a habilidade de ambos os participantes em descrever as contingências presentes durante o atendimento (presença mínima de regras, não conseqüenciações da TP, estímulos discriminativos presentes nas sessões), comparando-os com sessões subseqüentes. Todavia, não foram fornecidas conseqüenciações na forma de elogios a esses comportamentos verbais apresentados nesse passo 3.

ETAPA 3: Intervenção

Levando-se em conta a condição para a qual os participantes foram selecionados, nesta etapa realizaram-se três sessões de intervenção em um dos ambientes determinados (*setting* terapêutico ou domicílio). Todos os passos foram gravados em vídeo e em áudio pela TP que posicionou os equipamentos em locais fixos e estratégicos.

Condição 1: Consultório

Passo 1: Habituação às regras

Neste passo, foi realizada uma sessão com os seguintes objetivos: (a) manter o *rapport*; (b) reiterar o motivo da participação, com o esclarecimento de dúvidas e a descrição das regras do atendimento psicoterápico; (c) identificar a forma como a criança se comporta em função da inserção de regras específicas para brincar em *setting terapêutico*, com limitação dos brinquedos disponíveis; (d) caracterizar o comportamento do responsável diante da condição de estabelecimento de regras em ambiente de consultório; (e) terapeuta pesquisadora funcionar como modelo para o responsável no manejo com a criança, principalmente no que se refere à descrição de regras e conseqüenciações para comportamentos correspondentes e não correspondentes às regras especificadas.

Os brinquedos disponíveis nesta condição foram: Lince-alfabético, Money, Pula-Macaco e Roda-Pião.

O responsável e a criança foram informados que: (a) ocorreriam mudanças na maneira de brincar a partir dessa sessão, havendo inserção de novos brinquedos, porém com quantidade limitada; (b) a partir de então, as tarefas executadas nesta e nas sessões subseqüentes foram pré-estabelecidas pela TP, de forma que a criança podia escolher o brinquedo com o qual iniciaria, entretanto, a escolha do brinquedo seguinte era feita pelo responsável; (c) a TP e o responsável participariam de todas as brincadeiras que necessitassem de mais de uma pessoa, sendo que a criança só poderia passar para outro brinquedo, após concluir a tarefa de brincar com o brinquedo anterior; (d) após o término do jogo com cada brinquedo, este devia ser arrumado antes de passar para outro, e (e) a TP lembrava, quando necessário, as regras descritas em vigor e liberava reforços verbais a cada comportamento emitido compatível com as categorias de autocontrole. Caso o seu comportamento não correspondesse às regras e às instruções descritas, ignorava-se tais comportamentos (extinção).

As orientações que foram fornecidas à criança e ao responsável seguiram o modelo proposto por Robert (2005), com algumas adaptações:

A partir de hoje nós vamos brincar de uma maneira nova, diferente. Nós vamos poder brincar com dois desses brinquedos aqui (TP mostra os brinquedos previamente selecionados). Você poderá escolher o brinquedo com o qual quer começar. Porém, o brinquedo seguinte será escolhido pela sua mãe. Uma vez é sua de escolher e a outra vez é dela. Se você não souber brincar com o brinquedo escolhido, você me fala que eu vou lhe ensinar como se joga. Quando for a vez de sua mãe escolher o brinquedo com o qual vamos brincar, nós vamos aceitar a escolha dela, pois é a vez dela de escolher. Eu também vou ensinar vocês a jogar, caso um de vocês dois não saiba. Durante a nossa brincadeira, você deverá ficar sentado, se manter no local em que você esteja brincando, prestando atenção à brincadeira e falando sobre assuntos da brincadeira que você esteja participando. Você só pode passar para outra brincadeira após ter concluído a que estava brincando e guardado o brinquedo. Você só poderá brincar de um brinquedo de cada vez. Você entendeu? Repita para mim com suas palavras o que eu lhe falei. Você entendeu (dirigir-se ao responsável)? Repita para mim o seu entendimento, por favor. Repita agora o seu entendimento ao seu filho.

Foi solicitado ao final da sessão que responsável e criança verbalizassem livremente como havia sido a sessão para ambos. Tal solicitação teve por objetivo continuar levantando dados sobre a habilidade dos participantes em descrever as contingências presentes durante o atendimento (as regras inseridas, as conseqüências para o seu seguimento ou não, os estímulos discriminativos vigentes na sessão, os comportamentos apresentados e as mudanças discriminadas). Forneceu-se reforço social mediante elogios às verbalizações apresentadas adequadamente.

Passo 2: Manutenção das regras e instalação de comportamentos de auto-observação e de verbalizações da criança e do responsável

Neste passo foram realizadas duas sessões de observação consecutivas. Nelas, foram mantidas as seguintes instruções descritas na sessão anterior: (a) os brinquedos foram pré-estabelecidos pela TP, sendo que a criança podia iniciar a sessão escolhendo com qual dos brinquedos disponíveis desejava brincar, sendo a próxima escolha feita pelo responsável; (b) tanto o responsável como a TP participavam de todas as brincadeiras que necessitassem de mais de um jogador/participante.

A partir deste momento, o critério para que a criança mudasse de uma para outra atividade era o fato da criança ter sido bem sucedida na atividade em vigor. A atividade era considerada como bem sucedida quando houvesse a apresentação de comportamentos de brincar correspondentes às instruções do jogo, as quais eram descritas no início de cada brincadeira, devendo concluir a atividade que estivesse executando. Caso a criança não fosse bem sucedida, repetia a atividade com o mesmo brinquedo, até o máximo de duas tentativas.

Os brinquedos disponibilizados nessas sessões foram: Morcegos Equilibristas, Caça-animais, Dominó e Jogo do Mico, na primeira sessão. Na segunda sessão, estavam disponíveis: Maça Maluca, Memória, Caça Casal e Caça Figuras. A escolha de variação dos brinquedos era para produzir e manter o interesse das crianças pelas interações em jogos.

A TP forneceu reforçamento diferencial por meio de reforçadores verbais à criança e ao responsável após estes se comportarem de acordo com as instruções descritas nas regras do jogo. A TP submeteu à extinção comportamentos não correspondentes às regras e às instruções descritas. A instrução que fez parte destas duas sessões, tanto para a criança como para o responsável, foi descrita aos participantes da seguinte forma, adaptada do modelo sugerido por Robert (2005):

*A partir de hoje nós vamos brincar de uma maneira nova. Nós vamos poder brincar com dois dentre esses brinquedos aqui (TP mostra os brinquedos previamente selecionados à criança). Você poderá escolher o brinquedo com o qual quer começar. E a próxima vez de escolher o brinquedo será de sua mãe. Uma vez é sua e a outra vez é de sua mãe. Se você não souber brincar com o brinquedo que escolher, você me fala que eu vou lhe ensinar como se joga, do mesmo modo a sua mãe. Quando for a vez da sua mãe escolher o brinquedo, eu também vou ensinar vocês a jogá-lo. Teremos hoje também, então, uma forma diferente de brincar que será: passado um tempo, você ouvirá um apito e uma voz neste gravador que dirá: **Veja o que você está fazendo agora.** Então você terá um tempinho para se comportar da seguinte maneira: ficar sentado, se manter no local em que você esteja brincando, prestando atenção à brincadeira e falando sobre assuntos da brincadeira que você esteja participando. E deverá permanecer desta maneira por um tempinho. Caso você faça o que eu estou lhe dizendo, você receberá elogios, vai me ouvir falar bem do seu comportamento. Do mesmo modo, sua mãe poderá fazê-lo (elogiar, comentar de forma positiva sobre o seu comportamento, dar algum tipo de carinho). Não fazendo como estou lhe explicando, não receberá elogios. Você entendeu? Repita para mim com suas palavras o que eu lhe*

falei. Você entendeu (dirigir-se ao responsável)? Repita para seu filho o que você entendeu.

O procedimento descrito na instrução acima foi aplicado da seguinte forma: a cada 3 (três) minutos foi apresentada a seguinte gravação em áudio: *Veja o que você está fazendo agora.* A partir de então, a criança tinha 10 (dez) segundos para emitir comportamentos de brincar correspondentes às instruções do jogo e incompatíveis com classes de respostas de hiperatividade, devendo permanecer com o comportamento adequado por 10 (dez) segundos.

Após cada sessão, foi solicitado que a criança verbalizasse livremente como foi a sessão para ela. O mesmo era feito com o responsável. A TP fornecia conseqüências, na forma de elogios a esses comportamentos verbais específicos. O objetivo de tal solicitação era levantar dados sobre a habilidade de ambos em descrever as contingências presentes durante o atendimento agora sob novas regras (a presença da gravação, em especial).

Condição 2: Domicílio

Passo 1: Habituação às regras

Neste passo, foi realizada uma sessão com os seguintes objetivos: (a) manter o *rappor*t, identificando a forma como a criança se comporta em função da inserção de algumas regras especificadas para brincar em ambiente domiciliar; (b) caracterizar o comportamento do responsável diante do filho em condição de estabelecimento de regras em ambiente domiciliar; (c) TP funcionar como modelo para o responsável no manejo com a criança, principalmente no que se refere à descrição de regras e conseqüenciações para comportamentos correspondentes e não correspondentes às regras especificadas. Caso o comportamento não correspondesse às instruções e regras especificadas, submetia tais comportamentos à extinção não os conseqüenciando.

Os brinquedos disponíveis nesta condição foram: Lince-alfabético, Money, Pula-Macaco e Roda-Pião.

O responsável e a criança foram informados que, a partir de então, as brincadeiras que fossem realizadas nas sessões subseqüentes seriam pré-estabelecidas pela TP, de forma que a criança poderia escolher o brinquedo com o qual iniciaria, sendo que a outra escolha seria feita pelo responsável, seguindo o mesmo padrão utilizado nas sessões que ocorreram no ambulatório. Do mesmo modo, a TP e o responsável participaram de todas as

brincadeiras que necessitassem de mais de uma pessoa, sendo que a criança só poderia passar para outro brinquedo, após concluir a tarefa de brincar com o brinquedo anterior e guardá-lo.

A TP descrevia, sempre que julgava necessárias, as regras descritas em vigor e liberava reforços verbais a cada comportamento emitido que fosse compatível com as categorias de autocontrole.

Passo 2: Manutenção das regras e instalação de comportamentos de auto-observação e de verbalizações da criança e do responsável

Neste passo foram realizadas duas sessões de observação consecutivas, nas quais foram mantidas as mesmas instruções descritas no Passo 1, com o acréscimo de que, a partir daquele momento, o critério para que a criança mudasse de uma atividade para outra seria ser bem sucedida na atividade em vigor. Novamente, foi considerada como atividade bem sucedida aquela na qual a criança apresentasse comportamentos de brincar correspondentes às instruções do jogo, as quais eram descritas ao início de cada brincadeira, devendo concluir a atividade que estivesse executando. Caso a criança não fosse bem sucedida, repetiria a atividade com o mesmo brinquedo, até o máximo de duas tentativas.

Nessas duas sessões os brinquedos que estiveram disponíveis para escolha foram os mesmos utilizados para os participantes em ambiente do *setting* terapêutico para as sessões de manutenção das regras e instalação de comportamentos de autocontrole, isto é, Morcegos Equilibristas, Caça-animais, Dominó e Jogo do Mico, na primeira sessão. Na segunda sessão, estavam disponíveis: Maça Maluca, Memória, Caça Casal e Caça Figuras. No ambiente domiciliar, manteve-se a escolha variada de brinquedos semelhante à utilizada em *setting* terapêutico, com fins de manutenção do interesse das crianças pelas interações nos jogos.

A instrução que fez parte destas sessões seguiu o mesmo padrão da que foi utilizada em *setting* terapêutico (Condição 1: Consultório), quanto ao uso da gravação com a frase: *Veja o que você está fazendo agora.*

Ao final de cada sessão, solicitava-se que a criança verbalizasse como havia sido a sessão para ela. O mesmo pedido era feito ao seu responsável. A TP fornecia conseqüências na forma de elogios a esses comportamentos verbais específicos. O objetivo

de tal solicitação era levantar dados sobre a habilidade de ambos em descrever as contingências presentes durante o atendimento em domicílio (as regras, as conseqüências para o seu seguimento ou não, os estímulos discriminativos vigentes na sessão, os comportamentos apresentados, alterações discriminadas, em especial, a presença da gravação com a instrução para a criança).

ETAPA 4: Avaliação

Ao final da última sessão de intervenção, tanto em consultório quanto em ambiente domiciliar, foi entregue uma cópia da Ficha de Monitoramento (Anexo3) ao responsável para que este registrasse durante uma semana os comportamentos da criança, de acordo com as categorias de hiperatividade e de autocontrole, que deveria ser entregue à TP na sessão seguinte de avaliação (Anexo 5). Essas fichas de monitoramento, quando entregues corretamente preenchidas e dentro dos prazos estabelecidos, eram analisadas e subsidiavam orientações e *feedback* que eram fornecidas aos pais na avaliação.

Nesta etapa, a TP forneceu algumas informações sobre o TDAH, esclarecendo possíveis dúvidas sobre o diagnóstico e orientações sobre manejos em situações cotidianas que pudessem otimizar a relação entre responsáveis e filhos(a), considerando como referência as características da interação criança-responsável observadas durante as sessões de intervenção.

ETAPA 5: Reversão

Uma semana após a avaliação era marcada a primeira sessão em outro contexto que caracterizava a reversão: domicílio (para os participantes que iniciaram o treino na Condição 1) e consultório (para os que iniciaram na Condição 2), onde se aplicou de modo similar o procedimento, materiais, equipamentos e número de sessões (duas de observação direta de atividades livres, uma de habituação às regras e duas de manutenção das regras) do primeiro treino em que os participante foram expostos, diferindo apenas o ambiente.

Em ambas as condições, no final da última sessão de reversão foi fornecida às responsáveis uma cópia da Ficha de Monitoramento (Anexo3) para registro durante uma semana de comportamentos de hiperatividade e de autocontrole apresentados pela criança, entregando-a a TP na sessão seguinte de avaliação final.

Destaca-se que os resultados e discussão dos dados obtidos na reversão não são apresentados nesse estudo em função de problemas técnicos de informática que ocasionaram perdas de arquivos nesta etapa.

ETAPA 6: Avaliação Final

Uma semana após a última sessão da reversão, foi feita uma entrevista com os responsáveis, e dois meses após o início ou o retorno das aulas, fez-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados com os professores das crianças.

Na aplicação dos instrumentos com os professores, realizada em ambiente escolar, quando foi constatada a mudança de professores, os mesmos foram solicitados a lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesta ocasião, aplicou-se a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (TRF) e a Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Na entrevista com os responsáveis, realizada em *setting* terapêutico, os mesmos foram solicitados a responderem novamente ao IEP (Inventário de Estilos Parentais: Práticas Educativas Maternas e Paternas) e CBCL (Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes, versão para os responsáveis), seguido da aplicação do Roteiro de Entrevista Final (Anexo 6). Nessa sessão, a TP também forneceu orientações quanto às práticas educativas mais adaptadas, sugerindo alternativas aos comportamentos, até então, identificados.

O roteiro estabelecido para o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), foi aplicado aos responsáveis um mês e meio após a referida avaliação final. Tal instrumento foi utilizado devido à necessidade do estudo em enquadrar os participantes da pesquisa dentro de uma classe econômica.

ETAPA 7: Apresentação dos resultados e encaminhamentos necessários

Três meses após a realização da entrevista final, os responsáveis foram solicitados a comparecerem ao ambulatório para uma entrevista com a TP, na qual foram apresentados os resultados obtidos com o estudo. Nesta ocasião, foram prestados esclarecimentos sobre a necessidade de continuidade do tratamento psicoterápico a todas as crianças. Desse modo, todos os responsáveis receberam encaminhamento à Casa Mental da Criança e

Adolescente que é um serviço oferecido no âmbito municipal, além de incentivo ao retorno agendado com a neuropediatra do HU e outros encaminhamentos necessários a cada caso.

6. Análise dos Dados

Neste estudo, os dados foram obtidos por meio de entrevistas, aplicação de instrumentos padronizados e sessões de observação direta do comportamento. O conteúdo das entrevistas foi organizado por temas e dispostos na forma de tabelas de modo a permitir uma análise descritiva das características dos participantes. As Fichas de Monitoramento, obtidas durante as entrevistas, foram analisadas à luz dos pressupostos teóricos da Análise do Comportamento, efetuando-se análise funcional dos comportamentos registrados, porém, como não houve uma hegemonia no preenchimento correto entre os participantes, optou-se em utilizá-las para fins de orientação aos pais, mas não apresentá-las nos resultados deste trabalho.

Os resultados obtidos com a utilização dos instrumentos padronizados (IEP- Inventário de Estilo Parental, Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- versão para professores, Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes – versão para responsáveis-CBCL e para professores-TRF e o Critério de Classificação Econômica Brasil -CCEB) receberam o tratamento indicado nos manuais de aplicação. Vale esclarecer que, com exceção do CCEB (que foi aplicado somente ao final do estudo), os demais instrumentos foram aplicados duas vezes, uma ao início e outra ao término do estudo, sendo possível a partir dos dados obtidos fazer uma análise dos efeitos da intervenção.

Quanto às sessões de observação direta do comportamento, utilizaram-se dois sistemas de categorias de análise do comportamento: um para descrever os comportamentos do responsável e outro para descrever os comportamentos da criança.

Para a elaboração do sistema de categorias de análise dos comportamentos do responsável, transcreveram-se e analisaram-se, na íntegra, quatro sessões, sendo duas (a 1ª e a 3ª) com um participante da Condição 1 e duas (novamente, a 1ª e a 3ª) com um participante da Condição 2, considerando-se a ocorrência dos comportamentos ao longo das quatro sessões. Em seguida, as categorias foram elaboradas a partir dos comportamentos observados, definindo-as e exemplificando-as.

A partir de então, em todas as outras sessões foram analisadas e registradas as ocorrências, considerando-se a função dos comportamentos apresentados pelos

responsáveis em interação com as crianças, cujos escores foram computados considerando-se o contexto em que ocorreram e o total por sessão.

Vale esclarecer que se adotou a mesma classificação de Robert (2005) referente aos comportamentos observados durante a sessão relacionados à tarefa e ao atendimento, a saber: (a) os comportamentos relacionados ao atendimento compõem o conjunto de ações emitidas pelos participantes durante o transcurso da sessão, relacionadas às regras de funcionamento estabelecidas em acordo com a TP, dentre as quais o agendamento do horário, encerramento da sessão, escolha da tarefa e seguimento das regras de atendimento especificadas no início da sessão; (b) os comportamentos relacionados à tarefa compõem o conjunto de ações emitidas pelos participantes durante a realização das atividades que lhe foram ou solicitadas pela TP, ou estabelecidas por meio de acordo entre participantes e TP, tendo sido considerada como tarefa, qualquer atividade lúdica como jogos, desenhos, pintura, modelagem em massa plástica, disponibilizada pela TP para a sessão.

Em seguida, as categorias foram classificadas levando-se em consideração as práticas educativas parentais positivas e negativas segundo o modelo proposto por Gomide (2006). Essas práticas são utilizadas pelos pais com objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento dos filhos e, no caso deste estudo, em atividades envolvendo jogos onde estiveram presentes a TP, o responsável e a criança.

Desse modo, no treino parental, foram consideradas como práticas educativas positivas as seguintes categorias de respostas:

(a) **Monitoria positiva:** especificar de forma firme, clara e objetiva o estabelecimento das regras do jogo sem brigar ou se irritar; caso haja em algum momento da atividade o não seguimento de alguma regra pela criança, os pais devem conseqüenciar o comportamento da criança com posicionamentos claros em relação ao seguimento ou não das regras; fornecimento de atenção através de contatos visuais, sorrisos, afagos, elogios contingente a comportamentos almejados.

(b) **Comportamento moral:** promover condições, durante o atendimento e execução das tarefas para que a criança possa discriminar o que é certo ou errado, acompanhando e supervisionando suas ações, devendo explicar os pontos positivos e negativos das escolhas de seguimento ou não das regras; fazer perguntas seja em relação ao atendimento ou à tarefa, visando esclarecer o entendimento e favorecer a execução de ambas; fornecer modelo adequado durante e após o término do jogo, na condição de ganho

ou perda; estabelecer no jogo uma relação de justiça, respeito e cooperação com o adversário.

Quanto às práticas educativas negativas foram consideradas as seguintes categorias:

(a) **Abuso físico e psicológico:** utilizar, durante a atividade, punição corporal, apresentar comportamento verbal que expressem ameaça, insulto, xingamento, chantagem de abandono ou humilhação; ameaça que vai castigar ou bater e nada acontece.

(b) **Disciplina relaxada:** não conseguir manter o cumprimento das regras do jogo e ou de algum outro comando relacionado à atividade diante de algum comportamentopositor do filho.

(c) **Monitoria negativa:** criticar qualquer comportamento do filho, fiscalizar e dar ordens excessivas ao filho durante a atividade, independente do seu cumprimento;

(d) **Negligência:** ignorar, não dar atenção, durante a atividade, à maioria dos comportamentos do filho; não responder às iniciativas de comunicação do filho;

(e) **Punição inconsistente:** conseqüenciar positivamente, punir ou ignorar comportamentos da criança de modo inadequado durante o atendimento ou execução da tarefa, principalmente considerando o humor do responsável, indiferente à resposta emitida pela criança.

As categorias descritas a partir da análise dos comportamentos dos responsáveis seguindo o modelo de Gomide (2006) estão especificadas a seguir:

Categorias de análise do comportamento da Mãe

Práticas Educativas Positivas:

(a) Monitoria Positiva:

► **Fazer solicitações à Cr compatíveis com o contexto:** solicitar, de forma verbal (sem alteração de voz) e/ou motora (por meio de gestos, olhares, toques leves com as mãos sobre a Cr) que Cr responda aos cumprimentos de TP, que Cr se sente adequadamente (quando esta estiver em pé ou seu corpo esteja em uma posição ou lugar não favorável à execução das atividades), que Cr execute algum comportamento relacionado ao atendimento ou tarefa.

Exemplo1: TP pergunta à Cr após dizer “boa tarde”, se está tudo bom (estende mão à criança como cumprimento), porém criança não responde e não dá a mão. Mãe (M), então, pergunta ao filho: - Não vai dar? Então, Cr estende a mão para TP.

Exemplo2: Cr, estando em pé, pega os brinquedos da sessão e TP solicita que ele aguarde as explicações das instruções de atendimento, pegando brinquedo de suas mãos. Então, M olha em direção ao filho e solicita que ele se sente segurando a cadeira para ele se sentar com segurança.

► **Conseqüenciar adequadamente comportamento da Cr compatível com o atendimento:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando aprovação diante de comportamentos da Cr compatíveis com as regras de atendimento (como frases, monossílabos de aprovação, carinho, sorriso, olhar), acatar solicitações da Cr compatíveis com o atendimento e responder às perguntas formuladas pela Cr relacionadas ao atendimento.

Exemplo 1: M pergunta onde estão outros brinquedos trazidos de casa, além daqueles que ela guardou, Cr responde que estão em seu bolso, mãe, então diz: “ta bom”.

Exemplo 2: Cr levanta o dedo indicador para responder à TP quantos brinquedos ele próprio poderia escolher, diante de tal comportamento M sorri.

► **Conseqüência adequadamente comportamento da Cr compatível com a tarefa:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando aprovação diante de comportamento emitido pela Cr que seja compatível com as instruções da tarefa (como frases, monossílabos de aprovação, carinho, sorriso, olhares), acatar solicitações da Cr compatíveis com tarefa e responder perguntas formuladas pela Cr relacionadas à tarefa.

Exemplo 1: TP faz contagem com a Cr e orienta-a como deve contar, perguntando onde a ficha dela deve ficar e Cr aponta e movimenta sua ficha até o local indicado, mãe, então ri em aprovação.

Exemplo 2: TP roda o pião e balança a mão em cima torcendo para que a determinação do pião fosse boa, Cr ao observar tal comportamento de TP começa a fazer “psi”, balançando a mão em cima do pião, torcendo contra e M ri.

► **Conseqüenciar adequadamente comportamento da Cr incompatível com o atendimento:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando desaprovação diante de comportamentos da Cr incompatíveis com as instruções de atendimento (como frases, monossílabos, carinho, olhar); advertir Cr para as instruções de atendimento, emitindo comportamento verbal ou motor com o objetivo de chamar a atenção da Cr para que

observe, repare, ouça, responda, espere ou siga as instruções do atendimento dadas pela TP e não emita comportamentos incompatíveis com a sessão; advertir Cr a respeito de comportamentos emitidos por esta que indiquem não cumprimento das instruções de atendimento.

Exemplo 1: TP está descrevendo as instruções de atendimento e criança diz que não quer mais brincar; mãe, então, diz à Cr firmemente: “presta atenção”.

Exemplo 2: Enquanto mãe estava descrevendo as instruções de atendimento à TP, advertiu Cr olhando para esta e afirmando que teria que “ficar sentadinho, não é AP?”; mais adiante, enquanto TP repetia as instruções, M interrompeu TP enfatizando que Cr “não precisaria chorar”.

► **Conseqüenciar adequadamente comportamento da Cr incompatível com a tarefa:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando desaprovação diante de comportamento emitido pela Cr que seja incompatível com as instruções da tarefa (como frases, monossílabos, carinho, olhares); advertir Cr para as instruções da tarefa, emitindo comportamento verbal ou motor com objetivo de chamar a atenção da Cr para que esta observe, repare, ouça, responda, espere ou siga as instruções da tarefa dadas pela TP e não emita comportamentos incompatíveis com a tarefa.

Exemplo 1: Cr, após ir ao banheiro, volta à tarefa, dizendo “bora jogar logo, bora jogar logo!” (bate com a mão uma na outra, segurando uma peça pequena do brinquedo), diante de tais comportamentos mãe verbaliza: “te acalma”.

Exemplo 2: Após M corrigir uma tentativa da Cr de burlar as instruções da tarefa, recolocando a peça que Cr havia retirado da “prisão” sem que tenha tirado o número adequado no dado, Cr empurra mão da M, tenta dar-lhe um tapa e mãe coloca o seu braço na frente retirando a mão da Cr, verbalizando firmemente: “não, não pode”.

► **Incentivar Cr:** apresentar comportamento verbal e/ou motor de incentivo à Cr para que esta responda à TP, repita as instruções, jogue e continue na atividade executada durante a sessão.

Exemplo 1: M chama Cr para que brinque após essa se afastar com cadeira da mesa, diz: “vai!”.

Exemplo 2: TP afirma que ganha não quem chega primeiro, mas quem tem mais propriedades (no Jogo do Money) e M ressalta à Cr que ela tem mais de uma oficina.

(b) Comportamento Moral:

► **Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto:** emitir ações verbais e/ou motoras consideradas como socialmente adequadas, expressando sentimentos e emoções compatíveis com o contexto de atendimento e/ou de execução da tarefa, como cumprimentar a TP na chegada, responder aos seus cumprimentos, despedir-se ao final da sessão, elogiar o desempenho de TP ao longo da execução da tarefa e agradecer o auxílio da TP, sorrir, colocar polegar para cima, bater palmas, comemorar expressando-se oralmente com moderada intensidade, indicando alegria após ter obtido êxito em jogada ou ter vencido a partida, fazer perguntas de esclarecimentos e responder perguntas relacionadas ao atendimento e à tarefa à TP; tecer comentários positivos sobre o seu desempenho na tarefa assim como sobre a dos demais participantes; acatar solicitações feitas pela TP relacionadas ao atendimento e à tarefa; concordar com as regras descritas por TP, relativas à tarefa e ao atendimento fazendo manejos com cabeça, verbalizando monossílabos indicativos de concordância.

Exemplo1: Mãe de AP entra na sala após a criança e cumprimenta TP.

Exemplo2: Enquanto TP descreve as instruções do atendimento, M ora balança a cabeça pra cima e baixo afirmativamente, ora emite comportamento verbal de “tá”, indicando que está aceitando as regras que estão sendo especificadas por TP.

► **Fazer perguntas à Cr relacionadas ao atendimento:** formular perguntas à Cr com objetivo de auxiliá-la a esclarecer as regras do atendimento.

Exemplo1: - Cadê os outros brinquedos? (mãe se refere aos brinquedos que CR levou de sua casa e que estava manuseando na sessão)

Exemplo2: Cr, ainda brincando com o primeiro brinquedo da sessão, afirma que depois os participantes iriam brincar do Pula-Macaco. M então pergunta à Cr de quem seria a vez de escolher o brinquedo, lembrando-o de que ele não poderia escolher pela segunda vez em seguida.

► **Fazer perguntas à Cr relacionadas à tarefa:** formular perguntas à Cr com objetivo de auxiliá-la a esclarecer as regras da tarefa.

Exemplo1: Quando mãe viu Cr pegar uma ficha, após TP instruir que todos os participantes teriam que escolher uma cor, M pergunta à Cr qual a cor da ficha que ele havia escolhido para jogar.

Exemplo2: M pergunta à Cr se ele quer apostar três fichas na jogada.

► **Seguir instruções de atendimento:** acatar as solicitações de TP referentes à rotina de atendimento, como ajudar a guardar as peças do jogo após conclusão da tarefa, aguardar sua vez para escolher a tarefa, não interferir na escolha feita pela Cr e não permitir que Cr interfira em sua escolha quando é a sua vez de escolher, encerrar a sessão no tempo estabelecido; resistir às solicitações da Cr incompatíveis com o atendimento.

Exemplo1: Quando chega a vez da M escolher a segunda tarefa, Cr solicita que ela escolha o jogo da Mônica, porém M afirmou que “não”, pois era a sua vez de escolher.

Exemplo2: M ajuda TP e Cr a colocar na caixa as peças do brinquedo anterior e pega a caixa do próximo brinquedo.

► **Seguir instruções da tarefa:** realizar a tarefa seguindo as instruções padronizadas da atividade ou as que foram estabelecidas em acordo com a TP. As instruções padronizadas correspondem às regras descritas nas orientações dispostas pelo fabricante do jogo. O acordo corresponde às regras simplificadas introduzidas pela TP mediante observação do repertório do participante, incluindo regras de complexidade progressiva de modo a facilitar o desempenho inicial do participante até o alcance das instruções padronizadas.

Exemplo 1: Mãe joga o dado caindo em três, segue a seqüência correspondente ao número no tabuleiro.

Exemplo 2: M joga o dado e cai na casa “volte” dez casas, então, ela volta com sua peça o número de casas especificadas nas regras do jogo.

► **Dar auxílio à Cr para seguimento das regras de atendimento:** emitir ação verbal (com voz branda) e/ou motora (com movimentos suaves e leves) objetivando corrigir erros ou equívocos cometidos por Cr referentes às instruções do atendimento, justificando, comparando; colaborar com Cr na execução correta das instruções de atendimento, ajudando-a a seguir a rotina adequada de atendimento, seja por meio de instruções ou oferecendo modelo de como fazer, repetindo afirmações da TP relacionadas às instruções do atendimento, descrevendo as regras do atendimento para que Cr as cumpra, respondendo pela Cr quando identifica que esta não está respondendo por estar com dificuldades de entendimento das instruções do atendimento.

Exemplo 1: M toca no braço da Cr, puxando-o com movimento moderado, impedindo que ela pegue a caixa do brinquedo que queria escolher, porém não era sua vez de escolha.

Exemplo 2: Cr se levanta da cadeira e se afasta do lugar onde está sendo realizada a tarefa. M afirma que é para a Cr voltar a se sentar, pois a tarefa não acabou e nem a sessão e ele não está seguindo a regra.

► **Dar auxílio à Cr para seguimento das regras da tarefa:** emitir ação verbal (com voz branda) e/ou motora (movimentos leves), objetivando corrigir erros na execução da tarefa seja por dificuldades ou direcionamento da Cr em não seguimento das instruções da tarefa, justificando, comparando; colaborar com Cr na execução correta da tarefa, ajudando-a a manusear objetos do jogo, brincando de modo correspondente às instruções ou oferecendo modelo de como fazer, repetindo afirmações da TP relacionadas às instruções da tarefa, descrevendo as regras da tarefa e do atendimento para que Cr as cumpra, respondendo pela Cr quando identifica que esta não está respondendo por estar com dificuldades de entendimento das instruções da tarefa.

Exemplo 1: Cr reclama por não conseguir arrumar o dinheiro que ganhou no jogo, Mãe demonstra para Cr como fazer, arrumando o seu próprio dinheiro e servindo de modelo.

Exemplo 2: Ao jogar dado e não tirar o esperado nº. 5, Cr verbaliza dizendo que vai fugir e retira sua peça da “prisão”. M retira a peça da Cr e coloca-a no lugar.

Práticas Educativas Negativas:

(a) Monitoria Negativa:

► **Dar ordens à Cr para seguimento das regras do atendimento:** emitir ação verbal (aumentando o tom da voz) e/ou motora (fazendo movimentos mais bruscos) para que Cr obedeça a mandos (como ordenar que Cr sente, espere sua vez de escolha, responda perguntas relacionadas ao atendimento, organize peças do brinquedo).

Exemplo 1: Cr se aproxima do equipamento de filmagem, sinalizando que iria desligá-lo e M grita : “-Não mexa!”

Exemplo 2: Cr se afasta do local de realização da tarefa e M pede inicialmente que Cr sente, como ela não atende, M altera a voz mandando a Cr sentar.

► **Dar ordens à Cr para seguimento das regras da tarefa:** emitir ação verbal (aumentando acentuadamente o tom da voz) e/ou motora (fazendo movimentos mais

bruscos) para que Cr obedeça a mandos (como ordenar que Cr siga as regras do jogo), que responda perguntas de TP ou M relacionadas à tarefa, que junte peças, deixe objetos e/ou brinquedos que estejam concorrendo e interferindo na execução da tarefa.

Exemplo 1: Durante a atividade, após TP estar tendo êxito, Cr se levanta e mãe ordena alterando voz para que ele fique sentado.

Exemplo 2: Cr esconde uma peça do jogo e mãe, após pedir várias vezes com voz controlada que Cr deixe a peça no lugar, sem obter êxito, faz o mando alterando tom de voz.

(b) Punição Inconsistente:

► **Conseqüenciar inadequadamente comportamento da Cr incompatível com o atendimento:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando aprovação diante de comportamentos da Cr incompatíveis com as instruções de atendimento (como sorriso, gargalhada); ignorar comportamento emitido pela Cr que seja incompatível com as instruções do atendimento.

Exemplo 1: M adverte Cr que saiu do lugar, Cr diz: “se eu tivesse uma moedinha” e mãe, então, vira o rosto e ri.

Exemplo 2: Cr aponta com o dedo brinquedo escolhido por M afirmando contrariado e queixoso, que era parecido bilhar, e M ri.

► **Conseqüenciar inadequadamente comportamento da Cr incompatível com a tarefa:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando aprovação diante de comportamento emitido pela Cr que seja incompatível com as instruções da tarefa (como sorriso, gargalhada); ignorar comportamento emitido pela Cr que seja incompatível com as instruções da tarefa; responder pela Cr quando identificar que esta não respondeu ou estava distraída durante a tarefa.

Exemplo1: TP dá mais de duas notinhas de dinheiro para Cr, então retira a nota quando percebe o erro; Cr ao notar diz: - Ah não! Este aubuso (fala errado) eu não auturo (fala errado) e mãe ri.

Exemplo2: Cr move o dado e movimentada sua peça não respeitando a seqüência da vez e mãe não chama a atenção da Cr.

(c) Negligência:

► **Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto:** emitir ações verbais e/ou motoras consideradas como socialmente inadequadas e incompatíveis com o contexto de atendimento e/ou de execução da tarefa, como ignorar cumprimentos da TP na chegada ou na despedida ao final da sessão, manter-se distante fisicamente e/ou distraída enquanto TP dá as instruções para Cr em relação ao atendimento ou à tarefa, fazer reclamações durante a sessão relacionadas ao comportamento inadequado apresentado pela Cr, reclamar do jogo por estar perdendo, ignorar perguntas e sugestões da TP relacionadas ao atendimento ou tarefa.

Exemplo1: Mãe está sentada no sofá encostado na parede, um pouco afastada, enquanto TP inicia descrição da instrução de atendimento, permanece assim até o final, estando visivelmente distraída, emitindo comportamentos concorrentes.

Exemplo2: M afirmou que não sabia o que estava acontecendo com a Cr, que antes da TP chegar ele estava tranqüilo assistindo DVD e quando TP chegou e iniciou a atividade, ele começou a se comportar daquela forma “danada, desobediente, hiperativa”.

► **Conseqüenciar inadequadamente comportamento da Cr compatível com o atendimento:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando desaprovação diante de comportamento emitido pela Cr que seja compatível com as instruções de atendimento ou ignorar tais comportamentos; ignorar solicitações da Cr compatíveis com atendimento, bem como perguntas formuladas pela Cr relacionadas ao atendimento.

Exemplo 1: Cr, no momento em que estava arrumando o primeiro brinquedo para iniciar o jogo, afirmou que tinha que ter instrução e M não forneceu nenhum tipo de reforço social à Cr.

Exemplo 2: Cr coloca as peças no saco, pega a caixa e coloca o tabuleiro e as peças, guardando parte do brinquedo diz: “eu já ganhei”, porém, M permanece fazendo a contagem dos pontos e não reparou e nem reforçou tal comportamento.

► **Conseqüenciar inadequadamente comportamento da Cr compatível com a tarefa:** emitir ação verbal e/ou motora sinalizando desaprovação diante de comportamento emitido pela Cr que seja compatível com as instruções da tarefa ou ignora tais comportamentos; ignorar solicitações da Cr compatíveis com a tarefa, bem como perguntas formuladas pela CR relacionadas à tarefa.

Exemplo1: Cr faz uma pergunta referente à execução da tarefa e mãe, distraída jogando, não respondeu.

Exemplo2: Cr pergunta à M se ele vai voltar “tudo de novo” (deslizando o dedo sobre o tabuleiro); M pega o dado e não responde.

(d) Disciplina Relaxada:

► **Fugir de comportamento socialmente incompatível com o contexto emitido por Cr:** após Cr emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto (como dizer palavras, burlar as regras do jogo, agredir fisicamente), em consequência a comportamento de repreensão emitido por M, M se esquivava e não prossegue com tentativas de controlar o comportamento de Cr.

Exemplo 1: M estende braço para corrigir comportamento da Cr de burlar as regras do jogo e então, ela bate, empurra a mão da M que, por sua vez, recua braço e não emite mais outro comportamento.

Exemplo2: Após fazer vários pedidos para que Cr não levante mais do que duas peças do jogo e Cr responder alterando voz, desobedecendo, M não mantém a repreensão, deixando Cr burlar a atividade, tendo TP que interferir.

(e) Abuso Físico e Psicológico:

► **Aplicar exageradamente disciplina física ou psicológica:** emitir durante a sessão alguma forma de punição corporal (como puxar parte do corpo da Cr de modo brusco, deter fisicamente Cr de forma brusca) e/ou comportamento verbal de ameaça, insulto, xingamento, chantagem de abandono ou humilhação, comparação depreciativa com outras Cr.

Exemplo 1: M compara, exaltando o comportamento do participante, com o de outra Cr da família, para ressaltar que essa outra segue as regras do jogo, enquanto o participante não.

Exemplo 2: M afirma para Cr, após essa não seguir as instruções da tarefa, que TP não gostará mais dela, além de chamá-la de “chata”.

Em relação às categorias de análise dos comportamentos das crianças foram consideradas como respostas de hiperatividade-impulsividade e de autocontrole as categorias comportamentais propostas por Robert (2005), especificadas da seguinte forma:

(a) **Hiperatividade-impulsividade:** ficar inquieto, mexer-se e levantar-se; andar pela sala; mexer insistentemente nos objetos, brinquedos e materiais que estejam na sala; suspender ou interromper a tarefa, voltando a atenção para outra tarefa, antes de concluir a anterior (jogos, desenhos, pinturas), burlar regras, e apresentar comportamentos verbais e motores incompatíveis com a tarefa sendo realizada.

(b) **Autocontrole:** permanecer sentado, mantendo-se no local onde está realizando a tarefa, cooperar com a TP e com o responsável, seguir as regras especificadas pela TP antes, durante e após o jogo, concluir a tarefa para passar para outra, apresentar comportamentos verbais e motores compatíveis com as tarefas realizadas.

As descrições das categorias seguiram, com adaptações, o modelo proposto por Robert (2005), porém, ocorreram alguns refinamentos quanto a algumas categorias originais, como pode ser identificado a seguir:

Categorias de análise do comportamento da Criança

Comportamento de autocontrole

► **Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto:** Cr emitir ações motoras e/ou verbais, consideradas como socialmente adequadas, expressando sentimentos e emoções compatíveis com o contexto de atendimento e de execução da tarefa, como cumprimentar a TP ao chegar à sessão, despedir-se ao final da sessão, elogiar desempenho de TP e da M ao longo da execução da tarefa e agradecer o auxílio da TP ou da M, sorrir, colocar polegar para cima, bater palmas e gritar (com moderada intensidade) indicando alegria após ter obtido êxito em jogada ou ter vencido a partida, comentar sobre o seu desempenho, a dos outros participantes, sobre a tarefa, acatar solicitações feitas por TP ou M relacionadas ao atendimento e à tarefa, sentar espontaneamente no início da sessão ou no decorrer dela, dar folha de desenho para que TP ou M veja o seu desenho; durante explicações das instruções seja de atendimento, seja da tarefa dada pela TP ou M, Cr faz manejos com cabeça, verbaliza palavras, monossílabos (desde que não provocados por perguntas), indicando concordância com as regras especificadas.

Exemplo 1: Cr entra na sala de atendimento, seguido de sua mãe. M cumprimenta TP com um “Oi” e, em seguida, Cr também cumprimenta TP com um “Oi”.

Exemplo 2: Quando TP entra no domicílio da Cr, ele a abraça e agradece pela TP estar em sua casa.

► **Seguir instruções do atendimento:** Cr atende solicitação de TP e de M referentes à rotina de atendimento, como guardar as peças do jogo após conclusão da tarefa, recolher peças que tenham caído no chão, aguardar sua vez para escolher a tarefa e encerrar a sessão no tempo estabelecido; escolher a tarefa em sessões livres ou de intervenções.

Exemplo 1: Cr, após anúncio de término da sessão, ajuda TP e M a arrumar peças do jogo.

Exemplo 2: Cr observa M escolher o segundo brinquedo sem interferir nessa escolha.

► **Seguir instruções da tarefa:** Cr realiza a tarefa seguindo as instruções padronizadas da atividade ou as que foram estabelecidas em acordo com a TP. As instruções padronizadas correspondem às regras descritas nas orientações dispostas pelo fabricante do jogo. O acordo corresponde às regras simplificadas introduzidas pela TP mediante observação do repertório da Cr, incluindo regras de complexidade progressiva de modo a facilitar o desempenho inicial da Cr até o alcance das instruções padronizadas.

Exemplo 1: Cr pega a peça do jogo e joga conforme preconiza as instruções da tarefa.

Exemplo 2: Cr conta número das casinhas junto com TP e coloca sua peça no local indicado.

► **Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento:** Diante de perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, a Cr emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo das perguntas.

Exemplo 1: TP, após explicar as instruções de atendimento, perguntou se a Cr entendeu e ela respondeu que havia entendido.

Exemplo 2: TP pediu para que Cr repetisse o que foi que ela havia entendido e ela respondeu que “nada”.

► **Responder às perguntas da M relacionadas ao atendimento:** Diante de perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela M, a Cr emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo das perguntas.

Exemplo 1: Mãe pergunta onde estavam outros brinquedos trazidos por ele e Cr responde que estavam guardados em seu bolso.

Exemplo 2: Cr sugeriu que após a primeira tarefa os participantes iriam brincar de Pula-Macaco, a M pergunta de quem era a vez de escolher o próximo brinquedo e Cr respondeu que era a M (apontando o dedo para ela).

► **Responder às perguntas de TP relacionadas à tarefa:** Diante de perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, a Cr emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo das perguntas.

Exemplo 1: TP pergunta se já havia dado a nota de 10 para Cr e ela respondeu que não.

Exemplo 2: TP perguntou onde estavam as pecinhas do jogo e Cr coloca as peças no tabuleiro.

► **Responder às perguntas de M relacionadas à tarefa:** diante de perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela M, a Cr emite respostas verbais ou motoras correspondentes ao conteúdo das perguntas.

Exemplo 1: M cai na casa “Avance 10 casas” e conta as casinhas para avançar, sendo que ao chegar ao número sete da contagem perguntou à Cr quantos foram e essa respondeu que foram dez.

Exemplo 2: M perguntou onde estava a peça referente ao restaurante e Cr respondeu que só tinha a peça da mala e do carro.

► **Fazer sugestões compatíveis com o atendimento:** Cr sugere espontaneamente à TP ou M, na forma de pergunta ou afirmativamente, alternativas para a realização do atendimento, as quais devem ser compatíveis com as instruções de atendimento descritas, estabelecidas mediante acordo, quanto a poder executá-los ou não, podendo ser relacionadas à forma de mudanças para o curso do atendimento e sem prejuízo a sua condução.

Exemplo 1: Ao estarem arrumando as peças para início do jogo, Cr diz que tem que ter instrução.

Exemplo 2: Cr faz solicitação para baixar o som da voz gravada, reclamando do barulho alto do apito.

► **Fazer sugestões compatíveis com a tarefa:** Cr sugere espontaneamente à TP ou M, na forma de pergunta ou afirmativamente, alternativas para a realização da tarefa, as quais devem ser compatíveis com as instruções padronizadas do jogo ou acordadas entre Cr e TP, podendo ser relacionadas à forma de jogar e que não prejudique a condução da tarefa.

Exemplo 1: Cr dá um pedaço de papel e sugere que TP coloque mais papel na fresta da tábua para que a peça não caia no buraco.

Exemplo 2: Cr, quando percebe que a massinha que TP trouxe é insuficiente para fazer as figuras que deseja, sugere à TP se ela pode pegar a massinha dela e vai pegar sua massinha no quarto e volta para a tarefa trazendo-a nas mãos.

► **Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento:** Cr formula à TP perguntas com o objetivo de esclarecer dúvidas ou especificar as instruções pertinentes ao contexto de atendimento.

Exemplo1: TP, ao explicar as instruções de atendimento, afirma que é a segunda sessão que está sendo realizada no domicílio e Cr pergunta se é a última sessão.

Exemplo2: Cr pergunta se a sua irmã pode brincar e participar do atendimento.

► **Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa:** Cr formula à TP ou à M perguntas pertinentes à tarefa com o objetivo de esclarecer ou especificar as instruções padronizadas ou acordadas.

Exemplo 1: Cr perguntou à TP se ele poderia jogar os dois dados na partida

Exemplo 2: Cr vê as peças do jogo que tem propriedades e dinheirinho e pergunta se é para comprar o avião a dinheiro.

► **Descrever espontaneamente as instruções do atendimento:** Cr descreve as instruções do atendimento estabelecidas para a sessão, sem ter sido solicitado pela TP.

Exemplo 1: TP estava descrevendo as instruções de atendimento e, antes que terminasse de especificá-las, Cr completa dizendo que era para guardar os brinquedos.

Exemplo 2: Após TP descrever as instruções de uma sessão livre, Cr afirma que TP não disse “aquele negócio de ficar no lugar, que uma vez era dela e a outra de sua mãe” (as quais se tratam de instruções de atendimento em sessões de intervenção).

► **Descrever espontaneamente as instruções da tarefa:** Cr descreve as instruções padronizadas ou acordadas sobre o modo de realizar a tarefa, sem ter sido solicitado pela TP.

Exemplo 1: M diz que é para jogar o dado só para começar a jogar, Cr afirma que não entendeu. Após a explicação de TP, Cr diz que entendeu que teria de jogar o dado para ser o primeiro sem que TP tivesse solicitado que explicasse o seu entendimento.

Exemplo2: Cr após observar que mãe arremessou o macaquinho do brinquedo do Pula-Macaco e esse ficou em posição deitada verbalizou que não valeu porque o macaquinho não havia ficado pendurado pelo braço.

► **Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP:** quando solicitado pela TP, a Cr descreve as instruções do atendimento estabelecidas para a sessão.

Exemplo 1: TP solicitou que Cr repetisse o seu entendimento das instruções especificadas e a Cr respondeu que era para guardar os brinquedos quando terminasse de brincar.

Exemplo 2: Cr escolhe o segundo brinquedo e TP pergunta o que a Cr deve fazer antes, conforme o combinado, então Cr responde que é para guardar o brinquedo que havia brincado antes.

► **Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da M:** quando solicitada pela TP, a Cr descreve as instruções do atendimento estabelecidas para a sessão.

Exemplo 1: Cr aponta e responde à TP que M e TP seriam as pessoas que iriam participar da sessão, porém esquece de si mesma; então, M pergunta à Cr quem seria a outra pessoa que iria participar do atendimento e Cr responde que era ela própria.

► **Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP:** quando solicitado pela TP, a Cr descreve as instruções padronizadas ou acordadas sobre o modo de realizar a tarefa.

Exemplo 1: TP pergunta qual o comando para que o adversário saiba que Cr encontrou as peças e Cr diz que é “pronto”.

Exemplo 2: TP afirma que Cr já sabe jogar e diz que o macaquinho deve ser pendurado pelo (deixa que Cr complete) e esse responde que “pelo braço”.

► **Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da M:** quando solicitado pela M, a Cr descreve as instruções padronizadas ou acordadas sobre o modo de realizar a tarefa.

Exemplo 1: Não houve ocorrência

► **Estimular-se de modo concomitante ao atendimento:** emitir ação verbal ou motora de auto-estimulação de modo concomitante com as instruções de atendimento ou atividades

relacionadas ao atendimento, sem causar aparente prejuízo à mesma, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ou pernas, coçar a cabeça e batucar com as mãos.

Exemplo 1: TP pede para que Cr repita o que entendeu das instruções do atendimento, enquanto isso Cr faz ruídos com a boca, porém, logo em seguida, responde que é para guardar os brinquedos ao terminar de brincar.

Exemplo 2: Enquanto TP descreve as regras de atendimento, Cr põe mão no rosto, coça cabeça, inclina-se sobre a mesa e recua, fazendo movimentos de trás pra frente, porém quando TP faz uma pergunta Cr responde.

► **Estimular-se de modo concomitante à tarefa:** emitir ação verbal ou motora de auto-estimulação de modo concomitante com a tarefa que está sendo executada pela Cr, sem causar aparente prejuízo à mesma, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ou pernas, coçar a cabeça e batucar com as mãos.

Exemplo 1: Cr assobia e inclina-se sobre a mesa, enquanto TP entrega-lhe dinheirinho correspondente a R\$30,00, então, Cr diz obrigado e pega as notas.

Exemplo 2: Cr faz ruídos (yáhuuu, yáhuuuu), M pega o dado e auxilia Cr contando enquanto Cr coloca o dado no lugar correspondente.

► **Manusear objetos de modo concomitante ao atendimento:** Durante as atividades relacionadas à rotina de atendimento, Cr pegar/executar/manejar com a mão objetos (trazidos pela própria Cr) ou brinquedos, peças ou outros objetos, equipamentos que são para realização da sessão ou fazem parte do ambiente, porém, sem causar aparente prejuízo às explicações das instruções ou atividades relacionadas ao atendimento.

Exemplo 1: Cr entra primeiro na sala segurando em uma das mãos um carrinho em miniatura e o arrasta em cima de uma superfície plana de um brinquedo que está em cima da mesa. Logo em seguida, cumprimenta TP.

Exemplo 2: Enquanto TP explica as instruções do atendimento Cr manuseia um parafuso, porém responde às perguntas que TP.

► **Manusear objetos de modo concomitante à tarefa:** Durante a tarefa Cr pegar/executar/manejar com a mão objetos (trazidos pela própria Cr) ou brinquedos, peças ou outros objetos, equipamentos que são para realização da sessão ou fazem parte do

ambiente, porém, sem causar aparente prejuízo às explicações ou atividades que estão sendo executadas relacionadas à tarefa.

Exemplo 1: Enquanto retira as maçãs pequenas do tabuleiro da maçã grande, Cr manuseia um objeto na mão.

Exemplo 2: Cr manuseia peça do jogo nas mãos enquanto M e TP jogam, porém sem se distrair, quando é a sua vez Cr joga.

Comportamentos de Hiperatividade/Impulsividade:

► **Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto:** Cr emite ações verbais ou motoras consideradas como socialmente inadequadas, relacionados a contextos nos quais não tenha sido atendido imediatamente em suas solicitações, tenha perdido a partida do jogo para os participantes ou após comentário feito por TP e M; diante de algum outro comportamento que a tenha desagradado, Cr apresenta comportamentos indicativos de ironia, frustração, aborrecimento, reclamação, irritação; Cr ignora cumprimentos da TP na chegada e na despedida no final da sessão.

Exemplo 1: Cr arremessa macaquinho na árvore e, como não consegue acertar, reclama gritando: - “Que droga!”, depois resmunga: “- hum...”

Exemplo 2: Cr fica irritado em função de sua M ter ganhado a partida e, diante da proposta da TP de jogar de novo, Cr diz: “-nem quero mesmo”.

► **Abandonar a tarefa:** Abandonar a atividade sem concluí-la, após sessão ter sido iniciada, dirigindo sua atenção para outra tarefa, ou objeto, ou situação, de forma concorrente, não retornando à tarefa.

Exemplo 1: Não houve ocorrência

► **Interromper a tarefa:** Durante a realização da tarefa, emitir comportamentos incompatíveis com a sua realização, retornando à tarefa após um tempo; solicitar ir ao banheiro (independente do pedido ser aceito ou não por M ou TP).

Exemplo 1: Cr, ao constatar que estava perdendo a partida, se afasta do local onde está sendo realizada a tarefa, depois volta sob solicitação da M e TP.

Exemplo 2: Ao não conseguir acertar o macaquinho na árvore, Cr chama o brinquedo de chato e se afasta por alguns segundos do local de realização da tarefa, retornando depois.

► **Burlar as instruções do atendimento:** Após o atendimento ter sido iniciado, o participante emite comportamentos discrepantes às instruções do atendimento com o objetivo de obter favorecimento pessoal, como tentar escolher o jogo quando ainda não é a sua vez; danificar objeto, brinquedo da sessão, ignorar regra de guardar os brinquedos.

Exemplo 1: Cr tenta convencer a M a escolher o Jogo do Lince quando era a vez dela de fazer a escolha do segundo brinquedo.

Exemplo 2: Cr levanta da cadeira e vai até o quadro de giz negro e insiste em fazer a atividade de desenhar no quadro, sendo que a sessão não estava delineada para tal atividade.

► **Burlar as instruções da tarefa:** após a tarefa ter sido iniciada, já com as instruções do jogo estabelecidas mediante padronização ou acordo, o participante emite comportamentos discrepantes às instruções com o objetivo de favorecer o seu desempenho na tarefa. Faz sugestões incompatíveis com a tarefa; imprime força demasiada, bate, puxa de modo desproporcional para montar, desmontar as peças dos brinquedos, não condizentes com as instruções de montagem.

Exemplo 1: Cr ao jogar coloca sua peça em uma casa do tabuleiro muito além do número que havia tirado no dado.

Exemplo 2: Cr pega o dado para jogar sem aguardar sua vez

► **Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP:** Após a TP ter formulado pergunta de esclarecimento referente à rotina do atendimento, a Cr permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela TP ou não responde a mesma.

Exemplo 1: TP descreve as instruções de atendimento e solicita que CR repita para verificar o seu entendimento, porém Cr ignora pergunta.

Exemplo 2: TP pergunta para Cr que, além de ficar sentado, que outros comportamentos ele poderia emitir na sessão e Cr não responde.

► **Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela M:** Após a M ter formulado pergunta de esclarecimento referente à rotina do atendimento, a Cr permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela M ou não responde a mesma.

Exemplo 1: M pergunta se Cr já havia brincado com o brinquedo que escolheu e Cr não respondeu.

Exemplo 2: M pergunta à Cr de quem era a vez de escolher o próximo brinquedo naquele momento (no qual era a vez da mãe) e Cr ignora tal pergunta.

► **Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP:** após TP ter formulado pergunta de esclarecimento referente à execução da tarefa, a Cr permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela TP ou não responde a mesma.

Exemplo 1: Após montar a árvore do macaquinho, TP perguntou à Cr se podia começar a jogar, porém Cr não respondeu.

Exemplo 2: Cr faz jogada no Jogo da Memória fora da sua vez e TP retira sua peça da mesa e pergunta à Cr de quem é a vez? E a Cr vira o corpo e mexe um objeto próximo de modo concorrente e não responde.

► **Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela M:** após M ter formulado pergunta de esclarecimento referente à execução da tarefa, CR permanece agindo de modo não correspondente ao que foi questionado pela M ou não responde a mesma.

Exemplo 1: Mãe pergunta à CR se ela já fez sua jogada e CR ignora tal pergunta.

Exemplo 2: Mãe Pergunta à CR onde ela colocou sua peça do jogo e CR que está distraída não responde.

► **Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP:** após TP ter solicitado a emissão de comportamento relacionado à rotina do atendimento, Cr permanece agindo de modo não correspondente à solicitação da TP.

Exemplo 1: TP estende a mão e pede para que Cr dê o dado para iniciar a explicação das instruções da tarefa, porém Cr joga o dado, não o entregando à TP.

Exemplo 2: TP solicita que Cr guarde os brinquedos, porém a criança não faz o que lhe foi solicitado.

► **Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela M:** após M ter solicitado a emissão de comportamento relacionado à rotina do atendimento, Cr permanece agindo de modo não correspondente à solicitação da M.

Exemplo 1: M solicita que Cr se sente e Cr ignora tal solicitação

Exemplo 2: M solicita que Cr junte uma peça no chão e ela não atende.

► **Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas por TP:** após TP ter solicitado a execução de atividade relacionada à tarefa, Cr permanece agindo de modo não correspondente à solicitação de TP.

Exemplo 1: TP solicita que CR escolha uma cor de ficha para jogar e Cr pega outra ficha com outra função, ignorando solicitações.

Exemplo 2: TP solicita que Cr não vire mais nenhuma peça após jogar por que não era mais a sua vez, porém Cr faz o contrário do que se solicitou.

► **12- Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas por M:** após M ter solicitado a execução de atividade relacionada à tarefa, Cr permanece agindo de modo não correspondente à solicitação de M.

Exemplo 1: Cr compra peças sem ser sua vez, M solicita que a devolva e Cr não atende tal solicitação.

Exemplo 2: Mãe solicita à Cr que não tire o seu macaquinho da árvore e Cr o retira.

► **Estimular-se de modo concorrente com o atendimento:** emitir ação verbal ou motora de auto-estimulação de modo concorrente com as instruções de atendimento ou atividades relacionadas ao atendimento, causando prejuízo ao andamento da sessão, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ ou pernas, coçar a cabeça, batucar com as mãos.

Exemplo 1: Cr mexe-se na cadeira, coloca mão na cabeça e depois os dedos no ouvido para não ouvir as instruções de atendimento.

Exemplo 2: Cr começa a mexer-se na cadeira fazendo com que ela se movimentasse durante as instruções de atendimento tirando sua atenção da descrição das instruções.

► **Estimular-se de modo concorrente com a tarefa:** emitir ação verbal ou motora de auto-estimulação de modo concorrente com a tarefa que está sendo executada pela Cr, causando prejuízo ao andamento da mesma, como fazer barulhos com a boca, cantar, movimentar pés e/ ou pernas, coçar a cabeça, batucar com as mãos.

Exemplo 1: Cr coça cabeça e faz ruídos com a boca (ihhuihuuu...) e não discrimina que já é a sua vez de jogar, então, TP chama sua atenção de que já é a vez da CR.

Exemplo 2: Cr sentada, olhando para baixo, rodando no dedo um fio, não presta atenção nas instruções da tarefa que TP está fornecendo.

► **Manusear objetos de modo concorrente com atendimento:** Durante as atividades relacionadas à rotina de atendimento, Cr pegar/executar/manejar com a mão objetos (trazidos pela própria Cr) ou brinquedos, peças ou outros objetos, equipamentos que são para a realização da sessão ou fazem parte do ambiente, de modo a causar prejuízo às explicações das instruções ou atividades relacionadas ao atendimento.

Exemplo 1: Enquanto TP explica as instruções de atendimento, Cr manuseia um conjunto de carrinhos que pegou em seu quarto e não responde às perguntas relacionadas ao atendimento e sim faz comentários sobre os carros.

Exemplo 2: Enquanto TP está descrevendo às instruções de atendimento Cr pega um parafuso do bolso e começa a manuseá-lo em cima da mesa, deixando de prestar atenção às instruções que estavam sendo fornecidas.

► **Manusear objetos de modo concorrente com a tarefa:** Durante a tarefa, Cr pegar/executar/manejar com a mão objetos (trazidos pela própria Cr) ou brinquedos, peças ou outros objetos, equipamentos que são para realização da sessão ou fazem parte do ambiente, de modo a causar prejuízo às explicações ou atividades que estão sendo executadas relacionadas à tarefa.

Exemplo 1: Mãe organiza o dinheirinho da Cr no jogo, nesse momento, Cr fala: “- agora que eu ia..” (enquanto fala, Cr bate um objeto na mesa e interrompe tal verbalização porque esse objeto caiu no chão e ele se baixa para juntá-lo).

Exemplo 2: Cr verbaliza durante execução de tarefa, porém interrompe verbalização em decorrência de se erguer na cadeira, pegar um peão e pô-lo em outro lugar.

► **Desviar atenção durante as descrições das instruções do atendimento:** Cr desvia sua atenção através do olhar ou se direcionando para outro ponto ou objeto, desviando sua atenção das instruções que estão sendo dadas a respeito do atendimento, de modo que TP necessita solicitar que preste atenção.

Exemplo 1: Enquanto TP especifica as instruções de atendimento, Cr desvia olhar para a estante da sala, para a M, para o chão, e TP necessita tocá-lo no queixo para chamar sua atenção.

Exemplo 2: Enquanto TP fornece as instruções de atendimento, Cr move a mão direita sobre a mesa, olha a sala, visivelmente distraído, tendo TP que chamar sua atenção.

► **Desviar atenção durante as descrições das instruções da tarefa:** Cr desvia sua atenção através do olhar ou se direcionando para outro ponto ou objeto, desviando sua atenção das instruções que estão sendo dadas a respeito da tarefa, de modo que TP necessita solicitar que preste atenção.

Exemplo 1: Enquanto TP fornece as instruções da tarefa, Cr olha para os brinquedos que estão em cima da mesa distraíndo-se, e TP necessita tocá-lo com as mãos para chamar sua atenção.

Exemplo 2: TP descreve as instruções da tarefa e CR desvia o olhar por alguns segundos para sua mãe distraíndo-se.

► **Recusar ajuda de M na execução da tarefa:** Cr emite ação verbal (resmungar, reclamar, gritar, verbalizar “não”) e/ou motora (esquivar-se com uma parte ou todo o corpo, empurrar o outro) quando percebe que M se direciona para auxiliá-lo na tarefa.

Exemplo 1: M tenta ajudar Cr a colocar os óculos, porém Cr puxa os óculos e coloca em cima de sua perna e diz à M: “Não mexe nos meus óculos”.

Exemplo 2: M tenta ajudar Cr na execução de tarefa, porém Cr se esquivava com o corpo e empurra a mão da M para não receber ajuda.

Além dos dois sistemas de categorias de análise do comportamento, também foram elaboradas categorias de análise da estrutura das sessões de observação e intervenção. Estas categorias permitiram descrever os diferentes contextos que compunham as sessões, tanto em ambiente de consultório quanto em ambiente domiciliar. Tais contextos incluíram:

(a) **Chegada:** momento em que TP, responsável e criança se encontram para o início da sessão de observação, classificado em:

► **Pontualmente:** Tanto M quanto Cr estão presentes no local de realização da sessão, no horário previamente marcado para seu início.

Exemplo: TP chegou à ala B do HUBFS minutos antes do horário previsto para início da sessão e M e Cr já estavam aguardando pelo atendimento.

► **Com Atraso:** Pelo menos um dos participantes não está presente no local de realização da sessão no horário previsto para seu início.

Exemplo: TP chegou à residência dos participantes às 13h00minh (horário marcado), porém não havia ninguém no local. Diante do fato, ligou-se para o celular da M a qual informou o motivo de não estar em seu domicílio e ainda solicitou que TP a esperasse, pois já estava se deslocando para o local.

► **Falta com Justificativa:** TP já está no local aguardando os participantes quando a responsável estabelece contato telefônico com TP dentro do horário marcado, avisando sobre a impossibilidade de comparecer com Cr à sessão e justifica sua falta.

Exemplo: TP aguarda pelos participantes na sala do consultório. Passado alguns minutos previstos para o início da sessão, a responsável liga para TP avisando que ocorrera um imprevisto e que não poderia comparecer à sessão com a criança.

► **Falta sem justificativa:** M não avisa TP, nem antecipadamente nem dentro do horário marcado para início da sessão, sobre os motivos de sua ausência, ficando TP aguardando no local combinado para a sessão.

Exemplo: TP aguarda M e criança para realizar sessão, porém elas não compareceram.

► **Transferida pela TP:** TP estabelece antecipadamente contato telefônico com M alterando horário e/ou data de realização da sessão.

Exemplo: TP liga um dia antes da realização da sessão para a responsável e solicita transferência de horário do dia seguinte que seria às 15h00min para as 13h30min.

► **Transferida pela M:** M estabelece antecipadamente contato telefônico com TP e solicita alteração de horário e/ou data de realização da sessão.

Exemplo: M liga no dia anterior à sessão agendada e solicita à TP que a sessão seja transferida para a semana seguinte para que pudesse acompanhar o marido em um exame médico.

(b) **Recepção:** momento em que TP dá início à sessão, organizando o ambiente na presença de responsável e Cr.

(c) **Descrição das regras de atendimento:** momento em que TP solicita ao responsável e à Cr que descrevam as regras que serão utilizadas para a realização da sessão, classificadas em:

► **Descrever satisfatoriamente as regras de atendimento sem ajuda da TP:** M e Cr descrevem 50% das sub-regras (Anexo 12) que compõem a regra geral de atendimento sem interferência da TP por meio de dicas.

Exemplo: Após TP explicar e solicitar que repita o seu entendimento, M descreve com qualidade as instruções, verbalizando mais do que cinco sub-regras presentes na instrução maior.

► **Descrever satisfatoriamente as regras de atendimento c/ ajuda da TP:** M e Cr descrevem 50% das sub-regras que compõem a regra geral de atendimento, com auxílio da TP por meio de dicas.

Exemplo: M descreve algumas sub-regras, porém necessita que TP lhe faça algumas perguntas sobre o que a Cr pode ou não pode fazer na sessão para que verbalize as instruções de atendimento com mais qualidade.

Exemplo: Cr responde com monossílabos, frases curtas, demorando a responder, porém quando TP pergunta sobre as regras do atendimento e Cr consegue descrever razoavelmente algumas sub-regras.

► **Descrever insatisfatoriamente as regras de atendimento:** M e Cr conseguem descrever abaixo de 50% das sub-regras que compõem a regra geral de atendimento, seja sem ou com ajuda da TP.

Exemplo: M descreve no máximo duas sub-regras e ao ser perguntada se lembra de mais alguma coisa responde que é só e mesmo quando TP pergunta, responsável apresenta respostas curtas e lacônicas.

Exemplo: Ao ser solicitado que repita, criança só diz que é para guardar o brinquedo e ignora perguntas de TP que visavam ajudar na descrição.

(d) **Escolhas:** momento em que criança e responsável selecionam o jogo que servirá de mediador das interações na sessão,

(e) **Descrições das regras das tarefas:** momento em que TP descreve as regras do jogo selecionado pela Cr ou pelo responsável, estabelecendo acordo de participação,

(f) **Execução das atividades lúdicas:** momento em que a Cr executa a tarefa lúdica escolhida por ela ou por M, podendo contar com a participação de ambas as participantes adultas (TP e M).

(g) **Encerramento das atividades:** momento em que TP comunica o término do tempo da sessão e das atividades, guarda-se o último brinquedo e TP, então, solicita que os participantes descrevam como foi a sessão para cada um deles, que foram classificadas em:

► **Descrever sessão como satisfatória:** M verbaliza que gostou da sessão em função da Cr ter apresentado comportamentos de hiperatividade para que TP observe tais comportamentos da Cr ou que gostou porque a Cr apresentou comportamentos de autocontrole, porque pode interagir com a Cr brincando e ser isso diferente, uma novidade. Cr verbaliza que gostou da sessão em função de ter brincado, ter sido divertido, cita brinquedos os quais brincou e outros os quais brincou em ocasião anterior e os que não pôde brincar.

Exemplo 1: M afirma que gostou porque a TP pode ver como a Cr se comportava em casa.

Exemplo 2: Cr descreve que gostou de tudo e cita os brinquedos dos quais brincou e daqueles que não brincou

► **Descrever sessão como parcialmente satisfatória:** M Verbaliza que gostou, porém reconhece que Cr não se comportou bem na sessão e ter sido uma sessão conturbada. Cr Verbaliza que gostou, porém não sabe descrever o que realmente gostou na sessão.

Exemplo 1: M afirmou que a sessão tinha sido boa, porém a criança se comportou de modo impaciente, comparada com sessão anterior.

Exemplo 2: Cr afirma que gostou da sessão, porém ao ser perguntado sobre os motivos só repetiu “porque sim” por duas vezes.

► **Descrever sessão como insatisfatória:** M fornece elementos insuficientes para TP avaliar se responsável gostou ou não e durante a verbalização ressaltou mais os aspectos do comportamento inadequado apresentado pela Cr. No caso da Cr ela descreve que não gostou da sessão.

Exemplo 1: M diz que não sabe bem, mas que o filho se comportou mal e daí descreve uma série de comportamentos que a Cr apresenta no cotidiano, comparando com os comportamentos apresentados na sessão.

Exemplo 2: Cr ao ser perguntado sobre o que gostou na sessão, não responde, somente aponta para um brinquedo e diz que gostaria de brincar com àquele que não brincou, ignorando perguntas da TP para obtenção do dado de descrição.

(h) Despedida da sessão: momento de encerramento da sessão, onde TP marca o próximo atendimento e despede-se dos participantes.

No processo de análise das categorias de comportamentos da mãe e da criança, utilizou-se o apoio de duas auxiliares de pesquisa. Desse modo, fez-se treinamento no registro e na análise das categorias e teste de concordância entre três observadores (TP e as duas auxiliares de pesquisa). Entretanto, não se obteve o mínimo de 70% de concordância estabelecida como critério de confiabilidade nos registros. Supõe-se que tal resultado seja decorrente de dificuldades das auxiliares, alunas do curso de graduação sem experiência em atendimento clínico, em discriminarem a função que alguns comportamentos exerciam dentro da contingência em vigor. Ambas possuíam treino em análise topográfica por frequência de comportamentos, experiência obtida pela inserção como estudantes em projetos de pesquisa básica, desenvolvidos em laboratório de psicologia experimental. Desse modo, decidiu-se que todas as gravações das sessões de intervenção seriam analisadas pela pesquisadora principal deste estudo, uma terapeuta experiente, e que seria feita a concordância entre observadores em 50% das sessões.

RESULTADOS

1. Características Gerais dos Participantes

A Tabela 2 apresenta as características de cada membro das quatro díades participantes deste estudo, por condição de intervenção.

Tabela 2
Características de cada membro das díades por condição

		Crianças					
		Sexo	Idade	Escolaridade	Diagnóstico	Medicação	Constituição familiar
Condição 1: Consultório	Cr1	m	7 a	1ª série	TDAH aos 03 anos e 9 meses Dislexia	Recomendação e não uso	Mãe*, pai**, irmã, avó materna e criança
	Cr2	m	8 a	2ª série	TDAH aos 06 anos	Recomendação e não uso	Mãe*, irmão e criança
Condição 2: Domicílio	Cr3	m	7 a	2ª série	TDAH aos 06 anos	Recomendação com uso	Mãe*, uma prima da mãe e criança
	Cr4	f	6 a	1ª série	TDAH aos 06 anos Suspeita de dislexia	Não recomendação	Mãe*, pai**, irmã, cunhado um sobrinho recém nascido e a criança
		Mães					
		Idade	Escolaridade	Ocupação	Classe Econômica		
Condição 1: Consultório	M1	33 anos	Ensino médio incompleto	Promotora de vendas	Pontos:13 Classe C		
	M2	31anos	Ensino médio completo	Empregada doméstica	Pontos:11 Classe C		
Condição 2: Domicílio	M3	30 anos	Superior completo	Administradora	Pontos: 15 Classe C		
	M4	34 anos	Ensino fundamental incompleto	Vendedora autônoma	Pontos:16 Classe C		

Legenda: Cr: criança; M: mãe; m: masculino; f: feminino; * cuidados primários/responsável; ** pai respondeu aos instrumentos solicitados.

Observa-se na Tabela 2 que houve predomínio do sexo masculino (3:1) entre as crianças participantes deste estudo. A única menina foi submetida à Condição 2:

Domicílio. Quanto à idade, ao início do estudo, os dois participantes da Condição 1 tinham sete e oito anos e os dois participantes da Condição 2 tinham sete e seis anos. Em relação à escolaridade, os dados da tabela demonstram uma equiparação entre os participantes das duas condições.

Quanto ao tipo de diagnóstico, todas as crianças possuíam diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) emitido pela neuropediatra do HU. Observa-se a presença de diagnóstico de dislexia para duas crianças, uma em cada condição. Para a maioria (n= 3 de 4), o diagnóstico ocorreu por volta dos seis anos de idade.

Em todos os casos, houve relatos dos pais de que, de alguma forma, perceberam que estas crianças, desde pequenas, eram mais inquietas e agitadas do que outras crianças da mesma faixa etária. Porém, só procuraram por algum tipo de serviço de saúde a partir do momento em que, na escola, algum profissional sugeriu o encaminhamento a um especialista.

Quanto à indicação para o uso de fármacos, embora três dentre as quatro mães tenham afirmado que a neuropediatra havia indicado o uso de medicamento para o controle do TDAH de seus filhos (Cr1, Cr2 e Cr3), apenas uma criança (Cr3, Condição 2) fazia uso regular de farmacoterapia. As demais não utilizavam o medicamento prescrito, pois segundo as mães, estas ficaram com receio de haver efeitos colaterais e de uma possível “dependência” em relação ao remédio (*sic*).

Todas as quatro crianças participantes deste estudo conviviam com a mãe biológica, duas delas (sendo uma de cada condição) também conviviam com o pai biológico, e apenas uma criança (Cr3 da Condição 2) era filho único. Em três casos (um na Condição 1 e dois na Condição 2), as famílias são extensas, apresentando algum parente agregado. Embora estes dados não estejam apresentados na Tabela 2, é válido destacar que, quanto à ordem de nascimento, as duas crianças da Condição 1 são os primogênitos, enquanto que na Condição 2 há uma criança que é a caçula da família e a outra, como já foi mencionado, é filho único.

No que se refere às características observadas nas mães, a Tabela 2 mostra que todas estão inclusas na faixa etária de 30 a 34 anos. Quanto à escolaridade, as duas mães da Condição 1(Consultório) haviam cursado o Ensino Médio. Na Condição 2 (Domicílio), encontramos os extremos, com uma mãe com o Ensino Superior completo e a outra mãe sem ter concluído o Ensino Fundamental.

Observa-se que todas as mães exerciam alguma atividade ocupacional, e, para a maioria (n=3 de 4), esta atividade acontecia fora do domicílio. Em relação à classe econômica, constata-se que todas as díades se enquadram na Classe C, cujos pontos variam de 11 a 16.

2. Resultados Obtidos na Fase de Avaliação Inicial

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos durante a fase de Avaliação Inicial, incluindo os dados coletados por meio de entrevistas e instrumentos padronizados.

2.1. Avaliação do Comportamento da Criança

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos por meio da primeira aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr1 da Condição 1: Consultório.

A Cr1 foi avaliada pela mãe, pelo pai e pela professora. Quanto à categoria *competência social*, a Criança 1 (Cr1) foi avaliada como clínica tanto pela mãe quanto pelo pai. Nas três escalas que compõem a competência social, também houve concordância na avaliação feita pelos pais de Cr1, pois ambos a classificaram como limítrofe na escala atividade, normal na escala social e clínica na escala referente à escolaridade.

A avaliação realizada pela professora de Cr1 quanto ao *desempenho acadêmico*, classificou a criança como clínica. Por outro lado, na soma total de quatro itens que compõem a primeira parte do TRF (trabalhar duro, comportar-se, aprender e estar feliz), a Cr1 foi classificada como normal, uma vez que a professora registrou que a criança comportava-se e aprendia ligeiramente abaixo da média, porém trabalhava muito mais duro e aparentava ser muito mais feliz ao ser comparada a estudantes da mesma idade. Essa professora declarou que conhecia a criança há 24 meses.

Tabela 3

Resultados obtidos com a primeira aplicação do CBCL e do TRF: Criança 1

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Pai (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escolas	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	32-B	4	Limítrofe	32-B	4	Limítrofe	a) 36-C	8	Clínico
	Social	43	24	Normal	53	62	Normal	b) 55	69	Normal
	Escola	25-C	<3	Clínico	20-C	<3	Clínico			
Escore Total		28-C	<2	Clínico	30-C	2	Clínico	Normal		
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	76-C	>97	Clínico	64	92	Normal	68-B	97	Limítrofe
	Retraimento	66-B	95	Limítrofe	62	89	Normal	60	84	Normal
	Queixas somáticas	57	76	Normal	68-B	97	Limítrofe	65-B	93	Limítrofe
Escore Total		71-C	>98	Clínico	68-C	97	Clínico	68-C	97	Clínico
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	78-C	>97	Clínico	58	79	Normal	59	81	Normal
	Problemas com o pensamento	70-C	>97	Clínico	73-C	>97	Clínico	74-C	>97	Clínico
	Problemas com atenção	75-C	>97	Clínico	64	92	Normal	64	92	Normal
	Comportamento opositor	60	84	Normal	53	62	Normal	68-B	97	Limítrofe
	Comportamento agressivo	81-C	>97	Clínico	69-B	97	Limítrofe	77-C	>97	Clínico
Escore Total		73-C	>98	Clínico	66-C	95	Clínico	74-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Conta		75-C	>98	Clínico	70-C	98	Clínico	72-C	>98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	65-B	93	Limítrofe	63	90	Clínico	67-B	96	Limítrofe
	Problemas de ansiedade	75-C	>97	Clínico	65-B	93	Limítrofe	61	87	Normal
	Problemas somáticos	61	87	Normal	73-C	>97	Clínico	64	92	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	80-C	>97	Clínico	72-C	>97	Clínico	64	92	Normal
	Problemas desafiante opositor	73-C	>97	Clínico	62	89	Normal	72-C	>97	Clínico
	Problemas de conduta	72-C	>97	Clínico	60	84	Normal	70-C	>97	Clínico
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	63	90	Normal	56	73	Normal	61	87	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	70-C	>97	Clínico	70-C	>97	Clínico	81-C	>97	Clínico
	Problemas de estresse pós-traumático	78-C	>97	Clínico	68-B	97	Limítrofe	70-C	>97	Clínico

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

Quanto à categoria *problemas de comportamento*, verifica-se que no escore total a Cr1 foi avaliada como clínica nas escalas de internalização, externalização e total de problemas, tanto pela mãe, quanto pelo pai e pela professora. Uma análise mais detalhada indica que: (a) quanto aos problemas de comportamento internalizantes, não houve concordância entre a avaliação realizada pela mãe e a realizada pelo pai, mas houve concordância entre a avaliação do pai e a da professora quanto ao retraimento (normal) e queixas somáticas (limítrofe); (b) quanto aos problemas de comportamento externalizantes, houve concordância entre mãe, pai e professora na escala de problemas com o pensamento (clínico), entre mãe e pai houve concordância somente em comportamento opositor (normal), entre mãe e professora houve concordância em comportamento agressivo (clínico), e entre pai e professora houve concordância em problemas de contato social (normal) e problemas com atenção (normal). Observa-se que a mãe avaliou Cr1 como clínica nas escalas de ansiedade e depressão, problemas de contato social, problemas com o pensamento, problemas com atenção e comportamento agressivo. O pai avaliou Cr1 como clínica somente na escala problemas com o pensamento. Por sua vez, a professora avaliou Cr1 como clínica nas escalas problemas de pensamento e comportamento agressivo.

Em relação às *escalas orientadas pelo DSM*, não houve resultados no escore total indicando concordância entre os três avaliadores da Cr1. Entretanto, observa-se que houve concordância entre: (a) a avaliação realizada pela mãe e a realizada pelo pai quanto à escala problemas de déficit de atenção e hiperatividade (clínico); e (b) entre mãe e professora, quanto às escalas problemas afetivos (limítrofe), problemas somáticos (normal), problemas desafiante-opositor (clínico) e problemas de conduta (clínico). Entre pai e professora, não houve concordância. Destaca-se que, no que se refere à avaliação realizada pela professora para a sub-escala de déficit de atenção/hiperatividade, a criança foi considerada como normal.

Nas *Escala 2007- Padrão ASEBA*, houve concordância entre os três avaliadores em relação ao tempo cognitivo lento (normal) e problemas obsessivo-compulsivos (clínico). Somente o pai avaliou a Cr1 como limítrofe quanto a problemas de estresse pós-traumático, enquanto para a mãe e a professora, aquela foi avaliada como clínica. Para o pai, apenas os problemas obsessivo-compulsivo estão no limite clínico.

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos por meio da primeira aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr2 da Condição 1: Consultório.

Tabela 4

Resultados obtidos com a primeira aplicação do CBCL e do TRF: Criança 2

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escalas	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	49	46	Normal	a) 56	73	Normal
	Social	26-C	<3	Clínico	b) 50	50	Normal
	Escola	33-B	5	Limítrofe			
Escore Total		31C	3	Clínico	Normal		
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	53	62	Normal	59	81	Normal
	Retraimento	58	79	Normal	53	62	Normal
	Queixas somáticas	57	76	Normal	50	<=50	Normal
Escore Total		57	76	Normal	56	73	Normal
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	78-C	>97	Clínico	70-C	>97	Clínico
	Problemas com o pensamento	54	65	Normal	64	92	Normal
	Problemas com atenção	71-C	>97	Clínico	60	84	Normal
	Comportamento opositor	70-C	>97	Clínico	64	92	Normal
	Comportamento agressivo	76-C	>97	Clínico	68-B	97	Limítrofe
Escore Total		73-C	>98	Clínico	68-C	97	Clínico
Total de Problemas de Conto		71-C	>98	Clínico	65-C	93	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	60	84	Normal	54	65	Normal
	Problemas de ansiedade	55	69	Normal	65-B	93	Limítrofe
	Problemas somáticos	61	87	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	69-B	97	Limítrofe	67-B	96	Limítrofe
	Problemas desafiante opositor	66-B	95	Limítrofe	62	89	Normal
	Problemas de conduta	78-C	>97	Clínico	63	90	Normal
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	50	<=50	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	50	<=50	Normal	54	65	Normal
	Problemas de estresse pós-traumático	62	89	Normal	66-B	95	Limítrofe

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A Cr2 foi avaliada pela mãe e pela professora. Na Tabela 4, observa-se que quanto à categoria *competência social*, não houve concordância entre as avaliadoras no escore total, pois enquanto a mãe avaliou a criança como clínica, a professora a avaliou como normal. Entretanto, houve concordância quanto à escala atividade, pois ambas a avaliaram como normal. Por outro lado, o *desempenho acadêmico* e os quatro itens (trabalhar duro, comportar-se, aprender, estar feliz) avaliados pela professora, consideraram que Cr2 está dentro de uma faixa de normalidade. Destaca-se que essa professora declarou que conhece a criança há dez meses.

Em relação aos *problemas de comportamentos* relacionados às escalas de internalização, tanto no escore geral como no individual das escalas, ocorreram concordâncias entre mãe e professora, indicando que Cr2 estava na faixa de normalidade. Porém, o mesmo não ocorreu com problemas de comportamentos nas escalas de externalização, onde, embora as duas avaliadoras tenham classificado a Cr2 como clínica, houve discordâncias em três das duas escalas que compõem esta categoria. As discordâncias ocorreram nas escalas problemas com atenção, comportamento opositor e comportamento agressivo. De modo geral, a Cr2 foi considerada como clínica mais frequentemente pela mãe do que pela professora. Particularmente para a primeira, envolvendo problemas de relacionamento social, problemas de atenção, comportamento opositor e problemas de agressividade, e, para a segunda, problemas de relacionamento social e de agressividade.

Nas *escalas orientadas pelo DSM*, houve concordância entre as duas avaliadoras nas escalas problemas afetivos e problemas somáticos (ambas classificadas como normal). Destaca-se que, quanto à escala problemas de déficit de atenção e hiperatividade, ambas classificaram Cr2 como limítrofe. Observa-se que, para a mãe, Cr2 foi considerada como clínica somente na escala problemas de conduta, enquanto a professora não a avaliou como clínica em nem uma das escalas desta categoria.

Quanto à *Escala 2007- Padrão ASEBA*, observa-se que nas escalas tempo cognitivo lento, problemas obsessivo-compulsivo, a Cr2 foi considerada como normal, tanto pela mãe quanto pela professora. Na escala problemas de estresse pós-traumático, a mãe a classificou como normal, enquanto a professora, como limítrofe.

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos por meio da primeira aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr3 da Condição 2: Domicílio.

Tabela 5

Resultados obtidos com a primeira aplicação do CBCL e do TRF: Criança 3

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escolas	Escore	Percentil	Límite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	56	73	Normal	a) 48	42	Normal
	Social	37	10	Normal	b) 38-B	12	Limítrofe
	Escola	40	16	Normal			
Escore Total		42	21	Normal			
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	64	92	Normal	64	92	Normal
	Retraimento	62	89	Normal	69-B	97	Limítrofe
	Queixas somáticas	53	62	Normal	62	89	Normal
Escore Total		63-B	90	Limítrofe	69-C	97	Clínico
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	85-C	>97	Clínico	79-C	>97	Clínico
	Problemas com o pensamento	79-C	>97	Clínico	72-C	>97	Clínico
	Problemas com atenção	71-C	>97	Clínico	63	90	Normal
	Comportamento opositor	72-C	>97	Clínico	72-C	>97	Clínico
	Comportamento agressivo	91-C	>97	Clínico	78-C	97	Clínico
Escore Total		79-C	>98	Clínico	76-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Compto		77-C	>98	Clínico	75-C	>98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	65-B	93	Limítrofe	63	90	Normal
	Problemas de ansiedade	70-C	>97	Clínico	65-B	93	Limítrofe
	Problemas somáticos	57	76	Normal	64	92	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	80-C	>97	Clínico	68-B	97	Limítrofe
	Problemas desafiante opositor	80-C	>97	Clínico	62	89	Normal
	Problemas de conduta	80-C	>97	Clínico	88-C	>97	Clínico
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	63	90	Normal	51	54	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	64	92	Normal	81-C	>97	Clínico
	Problemas de estresse pós-traumático	79-C	>97	Clínico	74-C	>97	Clínico

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A Cr3 foi avaliada pela mãe e pela professora que declarou conhecer esta criança há onze meses. Quanto à categoria *competência social*, os escores obtidos com a primeira informante, a mãe, indicam que essa criança encontrava-se dentro da faixa considerada como normal em relação às escalas atividades, sociabilidade e escolaridade.

Quanto à professora, esta avaliou o *desempenho acadêmico* de Cr3 como normal. Porém, em relação aos quatro itens que compõem a primeira parte do TRF (trabalhar duro, comportar-se, aprender e estar feliz), a criança foi avaliada como limítrofe (total de percentil 12). Segundo a professora, esta criança demonstrava em sala de aula trabalhar ligeiramente um pouco menos árduo, comportando-se muito menos adequadamente, aprendendo quase dentro da média, e aparentando ser ligeiramente menos feliz, comparada a estudantes da mesma idade.

Em relação aos *problemas de comportamento*, houve discordância entre mãe e professora quanto ao escore total das escalas referentes a problemas de comportamento internalizantes, pois enquanto a primeira avaliou a Cr3 como limítrofe, a segunda a avaliou como clínica. Entretanto, observa-se que houve concordância nas escalas ansiedade e depressão (normal) e queixas somáticas (normal). Quanto ao escore total das escalas referentes a problemas de comportamento externalizantes, houve concordância entre as duas avaliadoras, pois ambas classificaram a Cr3 como clínica. Houve somente uma discordância entre mãe e professora nesta categoria, pois a mãe classificou Cr3 como clínica em relação a problemas com atenção, enquanto a professora a classificou como normal.

Quanto às *escalas orientadas pelo DSM*, as duas avaliadoras somente concordaram quanto à escala problemas somáticos, pois ambas classificaram a criança como normal. Para a mãe, os escores referentes a problemas de ansiedade, de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de comportamentos opositor-desafiante e problemas de conduta foram classificados dentro de um limite clínico, enquanto os problemas de afetividade foram classificados como limítrofes. Para a professora, problemas de ansiedade e problemas de déficit de atenção e hiperatividade foram avaliados como limítrofe, enquanto problemas afetivos e de comportamento desafiador-opositor foram classificados como normais.

Quanto à *Escala 2007-Padrão ASEBA*, tanto a mãe quanto a professora avaliaram a Cr3 como clínica na sub-escala referente a problemas de estresse pós-traumático e como normal quanto ao tempo cognitivo lento. Houve discordância entre as avaliadoras quanto a problemas obsessivo-compulsivos, pois enquanto a mãe a avaliou como normal, a professora a avaliou como clínica.

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos por meio da primeira aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr4 da Condição 2: Domicílio.

Tabela 6
Resultados obtidos com a primeira aplicação do CBCL e do TRF: Criança 4

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Pai (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escolas	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	24-C	<3	Normal	39	14	Normal	a) 35-C	<=7	Clínico
	Social	33-B	5	Limítrofe	44	28	Normal			
	Escola	32-B	4	Limítrofe	32-B	4	Limítrofe	b) nc	nc	Nc
Escore Total		22-C	<2	Clínico	35-C	7	Clínico			
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	60	84	Normal	57	76	Normal	61	87	Normal
	Retraimento	50	<=50	Normal	60	84	Normal	60	84	Normal
	Queixas somáticas	50	<=50	Normal	57	76	Normal	50	<=50	Normal
Escore Total		52	58	Normal	59	81	Normal	60-B	84	Limítrofe
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	59	81	Normal	59	81	Normal	70-C	>97	Clínico
	Problemas com o pensamento	58	79	Normal	66-B	95	Limítrofe	76-C	>97	Clínico
	Problemas com atenção	57	76	Normal	66-B	95	Limítrofe	83-C	>97	Clínico
	Comportamento opositor	52	58	Normal	52	58	Normal	69-B	97	Limítrofe
	Comportamento agressivo	63	90	Normal	66-B	95	Limítrofe	95-C	>97	Clínico
Escore Total		60-B	84	Limítrofe	62-B	89	Limítrofe	84-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Conta		57	76	Normal	65-C	93	Clínico	79-C	>98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	56	73	Normal	63	90	Normal	63	90	Normal
	Problemas de ansiedade	59	81	Normal	59	81	Normal	67-B	96	Limítrofe
	Problemas somáticos	50	<=50	Normal	56	73	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	63	90	Normal	70-C	>97	Clínico	100-C	>97	Clínico
	Problemas desafiante opositor	67-B	96	Limítrofe	63	90	Normal	78-C	>97	Clínico
	Problemas de conduta	52	58	Normal	56	73	Normal	81-C	>97	Clínico
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	50	<=50	Normal	56	73	Normal	58	79	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	63	90	Normal	59	81	Normal	59	81	Normal
	Problemas de estresse pós-traumático	66-B	95	Limítrofe	66-B	95	Limítrofe	70-C	>97	Clínico

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A Criança 4 (Cr4) foi avaliada pela mãe, pelo pai e pela professora. A Tabela 6 mostra que houve concordância entre mãe e pai quanto ao escore total referente à categoria *competência social*, pois ambos classificaram Cr4 como clínica, embora tais avaliadores tenham discordado quanto à escala social (mãe classificando-a como limítrofe e pai, como normal).

Os dados obtidos com a professora indicam que a criança, no que se refere ao *desempenho acadêmico*, foi classificada como clínica. Porém, alguns itens de funcionamento adaptativo não foram computados, e desse modo o escore não foi calculado para Cr4. Os registros da professora sobre o comportamento da criança em sala de aula indicam que Cr4 trabalhava muito menos duro, comportava-se muito menos adequadamente e aprendia muito menos do que estudantes da mesma idade. Destaca-se que essa professora declarou conhecer a criança há nove meses.

Em relação a *problemas de comportamento*, quanto à escala de internalização, observa-se que, embora tenha ocorrido concordância entre os três avaliadores nas escalas ansiedade e depressão, retraimento e queixas somáticas (todos classificando Cr4 como normal), somente o escore total da professora correspondeu à classificação de limítrofe à criança. No escore total das escalas de externalização, a avaliação realizada pela mãe e a avaliação realizada pelo pai classificaram Cr4 como limítrofe, enquanto que a da professora, como clínica. Observa-se que a mãe, em todas as cinco escalas de externalização, classificou Cr4 como normal, enquanto o pai a classificou deste modo apenas nas escalas problemas de contato social e comportamento opositor. A avaliação da professora correspondeu ao nível clínico em todas as escalas de problemas de comportamento externalizantes, exceto comportamento opositor. O resultado referente ao total de problemas de comportamentos indica que a mãe classificou Cr4 como normal, enquanto pai e professora concordaram, classificando-a como clínica.

Quanto à avaliação dos comportamentos da criança *sob os critérios do DSM*, houve concordância entre os três informantes quanto à avaliação nas escalas problemas afetivos e problemas somáticos, ambas classificadas como normais. Outra concordância observada se refere à escala problemas de déficit de atenção e hiperatividade, na qual as respostas de pai e professora classificaram Cr4 como clínica, enquanto a avaliação da mãe a classificou como normal.

Na *Escala 2007-Padrão ASEBA*, Cr4 foi avaliada como normal pelos três informantes nas escalas tempo cognitivo lento e problemas obsessivo-compulsivo. Porém,

para a escala de estresse pós-traumático, pais classificaram a criança como limítrofe, enquanto a professora, como clínico.

2.2. Avaliação dos Estilos Parentais

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos por meio da primeira aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP). Os resultados estão apresentados de acordo com cada condição, por informante e pelo total de mães e de pais informantes.

Tabela 7

Resultados obtidos com a primeira aplicação do inventário de estilos parentais (IEP) com os responsáveis participantes das condições

Prática Educativas	Condição						Total			
	1: Consultório			2: Domicílio			1: Consultório		2: Domicílio	
	M1	P1	M2	M3	M4	P4	TM	TP	TM	TP
Monitoria Positiva	10	09	09	09	07	10	19	09	16	10
Comportamento Moral	10	06	11	09	08	08	21	06	17	08
Práticas Educativas Negativas										
Monitoria negativa	09	03	11	05	08	10	20	03	13	10
Punição inconsistente	02	00	09	04	06	03	11	00	10	03
Negligência	03	03	08	03	01	00	11	03	04	00
Disciplina relaxada	02	02	08	03	04	04	10	02	07	04
Abuso físico e psicológico	05	03	06	08	03	04	11	03	11	04
Total do índice de estilo parental	-1	4	-22	-5	-7	-3	-23	4	-12	-3
Percentil	25	50	01	20	15	25	01	50	10	25
Classificação	RIS	R - M	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	R - M	RIS	RIS

Legenda: M1: Mãe da Criança 1; P1: Pai da Criança 1; M2: Mãe da Criança 2; M3: Mãe da Criança 3; M4: Mãe da Criança 4; P4: Pai da Criança 4; TM: Total obtido pelas mães; TP: Total obtido pelos pais; R -M: Estilo parental regular, porém abaixo da média; RIS: Estilo parental de risco.

Os resultados demonstram que as mães da Condição 1: Consultório apresentaram, ao início do estudo, um escore maior de práticas educativas positivas (monitoria positiva= 19 e comportamento moral= 21) do que as mães da Condição 2 (monitoria positiva= 16 e comportamento moral= 17). Por sua vez, o pai da Condição 2: Domicílio apresentou escores mais elevados de práticas educativas positivas (monitoria positiva=10 e

comportamento moral= 8), em comparação com o pai da Condição 1: Consultório (monitoria positiva=9 e comportamento moral=6).

Quanto às práticas educativas negativas, os resultados indicam que as mães da Condição 1: Consultório apresentaram resultados mais elevados do que as mães da Condição 2: Domicílio, com exceção à prática de abuso físico e psicológico, onde os escores foram iguais para ambas as condições. Em relação aos pais, ocorreu o inverso, pois o pai da Condição 2: Domicílio obteve escores mais elevados em práticas educativas negativas ao ser comparado com o pai da Condição 1: Consultório, à exceção de negligência.

Assim, verifica-se que em relação às mães, as da Condição 1: Consultório obtiveram escores maiores do que as da Condição 2: Domicílio, tanto em termos de práticas educativas positivas quanto em negativas. Por sua vez, em relação aos pais, o da Condição 2 obteve escores maiores tanto em práticas educativas positivas quanto em negativas do que o pai da Condição 1.

Quanto ao total do índice de estilo parental (iep), todas as mães em ambas as condições obtiveram índices negativos, indicando que para estas mães, as práticas educativas negativas se sobrepunham às práticas educativas positivas. Destaca-se a M2, da Condição 1, cujo resultado foi -22. Por sua vez, o pai da Condição 1 foi o único que obteve, ao início do estudo, índice positivo dentre os responsáveis participantes.

Quanto à classificação final dos estilos parentais ao início do estudo, com exceção do pai da Condição 1 que obteve percentil equivalente a 50, enquadrando-se no Estilo Parental Regular porém abaixo da média (R -M), os demais enquadraram-se no Estilo Parental de Risco (RIS).

2.3. Avaliação dos Professores de Comportamentos da Criança Relacionados ao TDAH

Na Tabela 8 estão apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-versão para professores, durante a fase de avaliação inicial. Os resultados foram agrupados em quatro problemas comportamentais ou sintomas, correspondentes à déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento anti-social, de acordo com cada caso e com cada uma das duas condições de intervenção.

Tabela 8

Resultados obtidos por meio da primeira aplicação da escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade- Versão para Professores

Condição	Cr	Problemas de Comportamento ou Sintomas											
		Déficit de Atenção			Hiperatividade/ Impulsividade			Problemas de Aprendizagem			Comportamento Anti-Social		
		Score	Perctil	Class	Score	Perctil	Class	Score	Perctil	Class	Score	Perctil	Class
1:	Cr1	67	80	ACE	58	90	ACE	61	80	ACE	15	65	DE
Cons.	Cr2	69	85	ACE	63	90	ACE	36	40	DE	24	85	ACE
2:	Cr3	46	50	DE	62	90	ACE	34	35	DE	34	95	RPT
Dom.	Cr4	95	99	RPT	68	95	RPT	74	95	RPT	34	95	RPT

Legenda: Cr1: Criança 1; Cr2: Criança 2; Cr3: Criança 3; Cr4: Criança 4; AE: Abaixo da expectativa, apresenta menos problemas que a maioria das crianças (até percentil 25); DE: Média ou dentro da expectativa (percentil entre 26 a 75); ACE: Acima da expectativa, apresenta mais problemas que a maioria das crianças (percentil entre 76 a 94); RPT: Região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno (percentil igual ou superior a 95).

Os resultados demonstram que, antes do procedimento de intervenção, as professoras das crianças da Condição 1: Consultório classificaram-nas como acima da expectativa em relação ao problema de *déficit de atenção*. Quanto às crianças da Condição 2: Domicílio, Cr3 foi avaliada como na média ou dentro da expectativa, enquanto Cr4 foi avaliada como com maior probabilidade de apresentar o transtorno.

No que se refere aos sintomas de *hiperatividade/impulsividade*, três das quatro crianças (Cr1, Cr2 da Condição 1 e Cr3 da Condição 2) foram classificadas como acima da expectativa, apresentando mais problemas do que a maioria das crianças desta faixa etária. Quanto à Cr4, esta foi avaliada como dentro da região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Quanto aos *problemas de aprendizagem*, as crianças Cr2 da Condição 1 e Cr3 da Condição 2 foram avaliadas como dentro da média em comparação com crianças desta faixa etária. A Cr1 da Condição 1 foi avaliada como acima da expectativa, indicando mais problemas do que a maioria das crianças, enquanto Cr4 foi avaliada como na região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Para o *comportamento anti-social*, as duas crianças da Condição 2 foram classificadas como dentro da região com maior probabilidade de apresentar o transtorno. Quanto às crianças da Condição 1, uma ficou dentro da expectativa ou média e a outra, acima da média, sugerindo que esta criança apresenta mais problemas do que outras crianças na mesma faixa etária.

Destaca-se que, dentre todas as crianças, a única que obteve percentis em todos os problemas de comportamento ou sintomas correspondentes à região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno foi a Cr4, da Condição 2.

3. Fase de Intervenção

3.1. Cumprimento do Agendamento das Sessões

A Tabela 9 apresenta os resultados obtidos durante as sessões de observação focalizando-se as categorias referentes ao cumprimento do agendamento das sessões por parte das díades. Observa-se que os participantes da Condição 2: Domicílio apresentaram-se mais pontuais, comparecendo no horário e local combinados em nove das dez sessões programadas. Por sua vez, os participantes da Condição 1: Consultório foram os que mais apresentaram atrasos (n=6 sessões) para o início das sessões.

Tabela 9

Frequência de comportamentos observados quanto ao cumprimento do agendamento das sessões de intervenção

Categorias	Condições				Total	
	C1: Consultório		C2: Domicílio		C1	C2
	Díade 1	Díade 2	Díade 3	Díade 4		
Com Pontualidade	02	02	04	05	04	09
Com atraso	03	03	01	00	06	01
Falta com justificativa	00	00	00	00	00	00
Falta sem justificativa	02	01	00	00	03	00
Transferida pela TP	03	02	00	02	05	02
Transferida pela M	05	03	00	01	08	01

Por outro lado, as faltas sem justificativa só ocorreram com os participantes da Condição 1: Consultório. Do mesmo modo, observa-se que na Condição 1 ocorreu o maior número (n=8) de transferência no agendamento da sessão solicitada pela mãe ao se comparar com a Condição 2 (n=1). O mesmo pode ser observado quanto às transferências solicitadas pela TP, as quais foram em maior número (n=5) para a Condição 1 do que para a Condição 2 (n=2).

Esses resultados, indicando maior ocorrência de atraso, transferências solicitadas pela mãe e faltas sem justificativa entre os participantes da Condição 1: Consultório, sugerem haver uma relação de custo de resposta influenciando nestes dados. O custo para ir ao hospital, onde seria realizada a sessão, era muito maior para os participantes da Condição 1 do que para os da Condição 2, uma vez que estes já estavam em seus

domicílios aguardando pela TP para a realização das sessões. Na Condição 2: Domicílio, houve apenas um episódio em que uma mãe se atrasou em um compromisso e não estava no domicílio no horário marcado.

Os dados referentes à maior ocorrência de transferências solicitadas pela TP observada na Condição 1, se justifica pela necessidade de adequação de horários das sessões entre os quatro participantes da pesquisa com os horários e dias disponibilizados pela TP e de disponibilidade do consultório do hospital. Estas dificuldades ocorriam em menor frequência em ambiente domiciliar, uma vez que não havia risco de sobreposição de horários para o uso do ambiente escolhido.

3.2. Análise da Descrição das Instruções de Atendimento

A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos em relação à qualidade da descrição das instruções de atendimento feitas pelas mães e pelas crianças ao longo das cinco sessões de intervenção, tanto para as que participaram da Condição 1: Consultório quanto para as que participaram da Condição 2: Domicílio.

Os resultados sugerem que não houve diferença entre as duas condições do estudo quanto à qualidade da descrição das instruções de atendimento, tanto em relação às mães quanto em relação às crianças.

Observa-se que duas mães da Condição 2: Domicílio se destacaram no desempenho das descrições das instruções, uma pela boa qualidade (M3) e outra (M4) pelo déficit em tais descrições, ambas em todas as sessões. Sugere-se que este dado esteja relacionado ao grau de escolaridade de cada uma dessas mães, visto que, aquela que se sobressaiu pela qualidade na descrição possuía nível superior, enquanto a que descreveu com déficits possuía nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto.

Em relação à qualidade das descrições das instruções de atendimento feitas pelas crianças, verifica-se que nem uma conseguiu descrever satisfatoriamente as regras sem a ajuda da TP. Constata-se também que não houve diferença entre as duas condições em relação tanto às descrições satisfatórias com ajuda da TP como nas descrições insatisfatórias.

Observa-se também que, a partir da quarta sessão, todas as crianças de ambas as condições descreveram insatisfatoriamente as instruções de atendimento.

Tabela 10

Qualidade da descrição das instruções de atendimento feita pelas mães e pelas crianças da condição 1 e da condição 2 nas cinco sessões de intervenção

Categorias de descrição	1ª sessão				2ª sessão				3ª sessão				4ª sessão				5ª sessão				Total						
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	T M C	T M C	T M D
Descreve satisfatoriamente as regras de atendimento sem ajuda da TP	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	5	0	4	5	5
Descreve satisfatoriamente as regras de atendimento com ajuda da TP	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Descreve insatisfatoriamente as regras de atendimento	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	3	2	0	5	5	5	5
Criança	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C R 1	C r 2	C r 3	C r 4	C R 1	C r 2	C R 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C R 1	C r 2	C r 3	C r 4	T C C	T C C	T C D
Descreve satisfatoriamente as regras de atendimento sem ajuda da TP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Descreve satisfatoriamente as regras de atendimento com ajuda da TP	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	3	3	3
Descreve insatisfatoriamente as regras de atendimento	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	4	7	7	7

Legenda: M: Mãe; Cr: Criança; TMC: total de descrições das mães da Condição 1: Consultório; TMD: total de descrições das mães da Condição 2: Domicílio/ TCC: total de descrições das crianças da Condição 1: Consultório; TCD: total de descrições das crianças da Condição 2: Domicílio.

Comparando-se o desempenho das díades em relação à qualidade da descrição das instruções de atendimento, observa-se que a partir da quarta sessão ocorre um decréscimo nessa qualidade tanto na descrição das mães como no das crianças, pois, exceto por uma participante (M3), todos os outros descreveram insatisfatoriamente as regras de atendimento. Esse resultado se justifica pela extensão do conteúdo das regras nessas duas últimas sessões, que se ampliaram pela inserção de um gravador de áudio com um

comando verbal (*Veja o que você está fazendo agora*), além de algumas orientações inseridas nas regras de atendimento em função desse novo estímulo, que envolviam emissão de certos comportamentos após um intervalo de tempo (Anexo 9). Há a hipótese, então, de que essa variável possa ter influenciado na dificuldade maior para descrever tais regras pelos participantes.

Especificamente em relação às crianças, observou-se que durante as sessões a TP repetia, quantas vezes fossem necessárias, as regras de atendimento para que houvesse um entendimento e melhor qualidade nas descrições. Porém, as crianças, na maioria das vezes, ao serem solicitadas a descrever o entendimento que tiveram, se limitavam a emitir comportamentos verbais breves, demonstrando inquietação e pressa de encerrar esse passo da sessão para obterem acesso à escolha e execução da tarefa. Sugere-se que tais comportamentos podem estar relacionados com o sintoma de impulsividade presente em crianças com diagnóstico de TDAH, mas também podem ter relação com a história de pouca exposição a descrições de regras como instruções antecipatórias para a execução de atividades como os jogos.

3.3. Comportamentos Observados Durante as Sessões de Intervenção

3.3.1. Comportamentos Observados nas Mães

A Tabela 11 apresenta os resultados individuais e totais referentes às categorias de análise construídas a partir da observação dos comportamentos correspondentes às **práticas educativas positivas** emitidos pelas mães durante as sessões de intervenção, tanto na Condição 1: Consultório quanto na Condição 2: Domicílio.

A Tabela 11 demonstra que, dentre as categorias de análise do comportamento correspondentes à **monitoria positiva**, a que apresentou maior frequência de ocorrência foi *consequenciar adequadamente comportamento da criança incompatível com a tarefa*, tanto para as mães da Condição 1 quanto para as mães da Condição 2.

Estima-se que tal resultado tenha ocorrido em função de a criança ter apresentado muitas tentativas de burlar as tarefas que envolviam brinquedos com regras (o que será apresentado a seguir). Verifica-se que, nesse caso, a M1 foi a que apresentou maior frequência em relação às demais nessa categoria.

Tabela 11

Ocorrência das categorias de análise do comportamento da mãe observadas durante as sessões de intervenção na condição 1 e na condição 2 e suas respectivas práticas parentais positivas

Práticas Educativas Positivas	Participantes Categorias de Análise	Condições					
		Consultório		Domicílio		Total	
		M1	M2	M3	M4	MC	MD
Monitoria Positiva	Fazer solicitações à CR compatíveis com o contexto	44	42	66	55	86	121
	Conseqüenciar adequadamente comportamento da CR compatível com o atendimento	27	23	07	22	50	29
	Conseqüenciar adequadamente comportamento da CR compatível com a tarefa	69	52	38	38	121	76
	Conseqüenciar adequadamente comportamento da CR incompatível com o atendimento	63	33	64	46	66	110
	Conseqüenciar adequadamente comportamento da CR incompatível com a tarefa	204	96	149	162	300	311
	Incentivar CR	57	09	24	35	66	59
Comportamento Moral	Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto	160	281	147	125	441	272
	Fazer perguntas à CR relacionadas ao atendimento	17	12	14	05	29	19
	Fazer perguntas à CR relacionadas à tarefa	16	10	37	15	26	52
	Seguir instruções do atendimento	28	24	09	14	52	23
	Seguir instruções da tarefa	14	15	08	09	29	17
	Dar auxílio à CR para seguimento das regras de atendimento	16	21	10	09	37	19
	Dar auxílio à CR para seguimento das regras da tarefa	132	76	113	111	208	224

Legenda: M: Mãe; MC: Total de Mães da Condição 1: Consultório; MD: Total de Mães da Condição 2: Domicílio.

Outra categoria que se sobressaiu foi *fazer solicitações à criança compatíveis com o contexto*, na qual as mães da Condição 2 foram as que apresentaram maior frequência (n=121) em comparação com as mães da Condição 1 (n=86). As mães da Condição 1, tiveram maior ocorrência de *conseqüenciar adequadamente comportamento da criança compatível com a tarefa* (n=121) comparadas às mães da Condição 2 (n=76).

Por outro lado, as mães da Condição 2: Domicílio apresentaram maior frequência de comportamentos de *conseqüenciar adequadamente comportamento da criança incompatível com ao atendimento* (n=110), do que as da Condição 1: Consultório (n=66).

Quanto à categoria de *incentivar CR*, as mães da Condição 1 foram aquelas que mais emitiram comportamento de incentivar (n=66) suas crianças, em comparação com as de domicílio (n=59). Finalmente, as participantes da Condição 1: Consultório foram as que mais conseguiram adequadamente comportamentos da criança compatível com o atendimento (n=50), em comparação às mães da Condição 2: Domicílio (n=29).

Resumindo, os comportamentos de **monitoria positiva** relacionados à *conseguir adequadamente comportamento da criança incompatível tanto em relação ao atendimento quanto em relação à tarefa*, assim como *fazer solicitações compatíveis com o atendimento* foram mais frequentemente observadas nas mães participantes da Condição 2: Domicílio do que nas mães da Condição 1: Consultório. Por outro lado, as categorias *conseguir adequadamente comportamento da criança compatível tanto com o atendimento quanto com a tarefa* e *incentivar a criança* foram as categorias mais frequentemente observadas nas mães da Condição 1: Consultório.

No que se refere às categorias de comportamento classificadas como **comportamento moral**, *emitir comportamento socialmente compatível com o contexto* foi a que apresentou maior frequência nas duas condições. Observa-se também que as mães da Condição 1: Consultório foram as que mais emitiram esta categoria de comportamento (n=441) ao serem comparadas com as mães da Condição 2: Domicílio. Dentre todas as mães, M2 foi a que se destacou como a de maior frequência nesta categoria. Uma possível explicação para este diferencial em relação à M2, pode estar no fato observado de que essa mãe demonstrava estar se divertindo muito durante as tarefas dos jogos, pois expressava-se rindo, fazendo comentários positivos, demonstrando satisfação em estar participando das atividades.

Quanto à categoria *dar auxílio à criança para seguimento das regras da tarefa*, as mães da Condição 2: Domicílio foram as que apresentaram maior frequência (n=224) ao serem comparadas às mães da Condição 1: Consultório (n=208). O mesmo ocorreu com a categoria *fazer perguntas à criança relacionadas à tarefa*, na qual as mães da Condição 2 também apresentaram maior frequência do que as mães da Condição 1.

Por outro lado, as mães da Condição 1: Consultório apresentaram frequências mais elevadas nas categorias *fazer perguntas à criança relacionadas ao atendimento* (n=29), *seguir instruções tanto de atendimento* (n=52) quanto *de tarefa* (n=29) e *dar auxílio à criança para seguimento das regras de atendimento* (n=37), do que as mães da Condição 2: Domicílio (n=19, 23, 17, 19, respectivamente).

A Tabela 12 apresenta os resultados individuais e totais referentes às categorias de análise construídas a partir da observação dos comportamentos correspondentes às **práticas educativas negativas** emitidos pelas mães durante as sessões de intervenção, tanto na Condição 1: Consultório quanto na Condição 2: Domicílio.

Tabela 12

Ocorrência das categorias de análise do comportamento da mãe observadas durante as sessões de intervenção na Condição 1 e na Condição 2 e suas respectivas práticas parentais negativas

Práticas Educativas Negativas	Participantes Categorias de Análise	Condições				Total	
		Consultório		Domicílio		Total	
		M1	M2	M3	M4	MC	MD
Monitoria Negativa	Dar ordens à CR para seguimento das regras do atendimento	05	02	12	02	07	14
	Dar ordens à CR para seguimento das regras da tarefa	04	01	16	02	05	18
Punição Inconsistente	Conseqüenciar inadequadamente comportamento da CR incompatível com o atendimento	15	09	31	17	24	48
	Conseqüenciar inadequadamente comportamento da CR incompatível com a tarefa	59	49	53	73	108	126
Negligência	Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto	01	00	03	02	01	05
	Conseqüenciar inadequadamente comportamento da CR compatível com o atendimento	02	01	01	12	03	13
	Conseqüenciar inadequadamente comportamento da CR compatível com a tarefa	03	16	11	20	19	31
Disciplina Relaxada	Fugir de comportamento emitido pela CR socialmente incompatível com o contexto	00	00	15	08	00	23
Abuso Físico e Psicológico	Aplicar inadequadamente disciplina física ou psicológica	05	00	04	14	05	18

Legenda: M: Mãe; MC: Total de Mães da Condição 1: Consultório; MD: Total de Mães da Condição 2: Domicílio.

Quanto às categorias de análise do comportamento classificadas como práticas educativas negativas, observa-se na Tabela 12 que as mães da Condição 2: Domicílio apresentaram maior frequência (o dobro ou mais) em todas as categorias, em relação às mães da Condição 1: Consultório.

Desse modo, pode-se afirmar que as categorias *monitoria negativa*, *punição inconsistente*, *negligência*, *disciplina relaxada* e *abuso físico e psicológico* foram mais observadas nas mães da Condição 2: Domicílio.

Em **punição inconsistente**, as mães da Condição 2 emitiram maior frequência tanto de *conseqüenciar inadequadamente comportamento da criança incompatível com atendimento* (n=48), quanto de *conseqüenciar inadequadamente comportamento da criança incompatível com a tarefa* (n=126). Em **negligência**, foram as categorias *emitir comportamento incompatível com o contexto* (n=05), *conseqüenciar inadequadamente comportamento da criança compatível com o atendimento* (n=13) e *conseqüenciar inadequadamente comportamento da criança compatível com a tarefa* (n=31).

Em **disciplina relaxada**, as mães da Condição 1 não apresentaram ocorrência de *fugir de comportamento emitido pela CR considerado como socialmente incompatível com o contexto*, enquanto que ambas as mães da Condição 2 apresentaram pontuações individuais de 15 e 08, totalizando 23 pontos para essa categoria. Quanto à prática educativa negativa **abuso físico e psicológico**, uma mãe da Condição 1 apresentou ocorrência de 05 episódios, enquanto as duas da Condição 2 apresentaram ocorrência de 04 e 14 episódios.

De modo geral, comparando-se as duas condições, verifica-se que: (a) quanto às práticas educativas positivas, observou-se maior ocorrência de monitoria positiva entre as mães da Condição 2: Domicílio, e maior ocorrência de comportamento moral entre as mães da Condição 1: Consultório; e (b) quanto às práticas educativas negativas, em todas as categorias, observou-se maior ocorrência entre as mães da Condição 2.

3.3.2. Comportamentos Observados nas Crianças

Foram analisadas 1231 unidades de análise do comportamento observado nas crianças participantes do estudo, sendo 615 na Condição 1: Consultório e 616 na Condição 2: Domicílio, conforme demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13

Total de unidades de análise do comportamento de autocontrole e de hiperatividade/impulsividade observadas por criança e por condição de intervenção

Classes de Comportamento da Cr	Condições				Total por condição	
	1: Consultório		2: Domicílio		TC	TD
	Cr1	Cr2	Cr3	Cr4		
Autocontrole	191	207	137	192	398	329
Hiperatividade-Impulsividade	137	80	154	133	217	287
Σ	328	287	291	325	615	616
					Total	1231

Comparando-se as ocorrências verificadas nas duas classes de comportamento da criança, observa-se que a Cr2, da Condição 1, foi aquela que apresentou a maior diferença entre autocontrole (n= 207) e hiperatividade/impulsividade (n=80).

A Tabela 14 apresenta os resultados individuais e totais referentes às categorias de análise correspondentes ao comportamento de Autocontrole, observadas nas crianças durante as sessões de intervenção, tanto na Condição 1: Consultório quanto na Condição 2: Domicílio.

A Tabela 14 demonstra que a categoria de **autocontrole** que obteve maior número de ocorrências foi *emitir comportamento socialmente compatível com o contexto*, mais freqüentemente observada entre as crianças da Condição 1: Consultório (n: 70) em comparação com as da Condição 2: Domicílio (n: 57).

De modo geral, observa-se que, ao se comparar as duas condições utilizando-se o critério de números absolutos, as crianças submetidas à Condição 1: Consultório apresentaram mais ocorrência de episódios referentes às categorias *emitir comportamento socialmente compatível com o contexto*, *responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento e à tarefa*, *descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP*, *estimular-se de modo concomitante à tarefa* e *manusear objetos de modo concomitante à tarefa*.

Tabela 14

Ocorrência das categorias de autocontrole observadas na criança durante as sessões de intervenção na Condição 1 e na Condição 2

Categorias de Autocontrole (21)	Ambientes				Total por condição	
	Consultório		Domicílio		TC	TD
	Cr1	Cr2	Cr3	Cr4		
Emitir comportamento socialmente compatível com o contexto	33	37	21	36	70	57
Seguir instruções do atendimento	08	10	04	16	18	20
Seguir instruções da tarefa	01	02	00	01	03	01
Responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento	23	24	17	18	47	35
Responder às perguntas da M relacionadas ao atendimento	14	06	04	06	20	10
Responder às perguntas da TP relacionadas à tarefa	15	18	12	14	33	26
Responder às perguntas de M relacionadas à tarefa	08	06	08	04	14	12
Fazer sugestões compatíveis com o atendimento	02	03	03	04	05	07
Fazer sugestões compatíveis com a tarefa	08	06	08	06	14	14
Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento	10	12	10	20	22	30
Fazer perguntas de esclarecimento relacionadas à tarefa	10	16	08	15	26	23
Descrever espontaneamente as instruções do atendimento	03	08	04	06	11	10
Descrever espontaneamente as instruções da tarefa	02	02	01	02	04	03
Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da TP	11	10	07	08	21	15
Descrever as instruções do atendimento a partir de solicitação da M	00	00	00	01	00	01
Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da TP	00	00	00	03	00	03
Descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da M	00	00	00	00	00	00
Estimular-se de modo concomitante ao atendimento	04	11	10	08	15	18
Estimular-se de modo concomitante à tarefa	16	18	10	07	34	17
Manusear objetos de modo concomitante ao atendimento	07	08	05	07	15	12
Manusear objetos de modo concomitante à tarefa	16	10	05	10	26	15
Σ	191	207	137	192	398	329

Legenda: Cr1: Criança 1; Cr2: Criança 2; Cr3: Criança 3; Cr4: Criança 4; TD: Total de ocorrências com crianças da Condição 1; Domicílio; TC: Total de ocorrências com crianças da Condição 2; Consultório.

Por outro lado, as crianças submetidas à Condição 2: Domicílio apresentaram mais ocorrência de episódios referentes às categorias *fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento*. As categorias *responder às perguntas da TP relacionadas ao atendimento* e *à tarefa*, obtiveram escores também significativos, tendo as crianças da

Condição 1 resultados mais elevados (n: 47 e 33, respectivamente), do que as crianças da Condição 2 (n: 35 e 26, respectivamente).

As categorias *estimular-se de modo concomitante à tarefa* (n: 34), *fazer perguntas de esclarecimentos relacionadas à tarefa* (n: 26) e *manusear objetos de modo concomitante à tarefa* (n: 26) tiveram escores mais elevados para as crianças da Condição 1 do que para os da Condição 2 (n: 17, 23, 15, respectivamente).

Por outro lado, *fazer perguntas de esclarecimento relacionadas ao atendimento* (n: 30) e *seguir instruções de atendimento* (n: 20) tiveram escores maiores entre as crianças da Condição 2 do que as da Condição 1 (n: 22 e 18). Enquanto que, no que se refere à *descrever as instruções de atendimento a partir da solicitação da TP* (n: 21) e *responder às perguntas da mãe relacionadas ao atendimento* (n: 20), os escores foram mais elevados para as crianças da Condição 1 do que para a Condição 2 (n: 15,10).

Quanto à categoria *estimular-se de modo concomitante ao atendimento*, as crianças da Condição 2 tiveram escores (n: 18) mais altos que os da Condição 1 (n: 15), porém, quanto à *manusear objetos de modo concomitante ao atendimento*, as crianças da Condição 1 tiveram escores mais altos (n: 15) do que as da Condição 2 (n: 12).

Por sua vez, as categorias *responder às perguntas da mãe relacionadas à tarefa* (n: 14), *descrever espontaneamente as instruções tanto de atendimento* (n: 11) como as da *tarefa* (n: 04) e *seguir instruções da tarefa* (n: 03), foram mais frequentes entre as crianças da Condição 1 do que as da Condição 2 (n: 12, 10, 03, 01, respectivamente). Por outro lado, a categoria *fazer sugestões compatíveis com atendimento* teve sete pontuações para as crianças da Condição 2, contra cinco da Condição 2.

As crianças da Condição 2 *descreveram as instruções do atendimento a partir da solicitação da mãe* com uma única ocorrência, tendo ainda três ocorrências para *descrição das instruções da tarefa a partir da solicitação da TP*, contra nem uma ocorrência para essa duas categorias para a Condição 1.

Quanto a *fazer sugestões compatíveis com a tarefa e descrever as instruções da tarefa a partir de solicitação da M*, na primeira categoria houve 14 ocorrências para ambas as condições e quanto a segunda categoria não houve ocorrência para nem uma das duas condições.

Os dados ainda mostram que as crianças seguiram mais regras de atendimento do que de tarefa, sendo que as crianças da Condição 2 seguiram mais as instruções de atendimento do que as da Condição 1, enquanto as da Condição 1 seguiram mais as

instruções da tarefa do que as crianças da Condição 2. Esse dado pode estar respaldado no fato de que as crianças de ambas as condições descreveram mais as instruções de atendimento, seja espontaneamente ou sob solicitação da TP, do que as instruções da tarefa.

A Tabela 15 apresenta os resultados individuais e totais referentes às categorias de análise correspondentes aos comportamentos de Hiperatividade/impulsividade, observadas nas crianças durante as sessões de intervenção, tanto na Condição 1: Consultório quanto na Condição 2: Domicílio.

No que se refere às categorias de comportamento da criança classificadas como **hiperatividade-impulsividade**, ao se comparar as duas condições de intervenção, observa-se que as crianças submetidas à Condição 2: Domicílio apresentaram maior ocorrência em quase todas as categorias. Verifica-se que a categoria com maior ocorrência foi emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto, na qual as crianças submetidas à Condição 2: Domicílio apresentaram ocorrência superior (f: 51) às crianças da Condição 1: Consultório (f: 39).

Em relação às cinco (n= 5 de 20) categorias de comportamento classificadas como hiperatividade-impulsividade nas quais as crianças submetidas à Condição 1: Consultório obtiveram maior ocorrência (interromper tarefa, burlar as instruções do atendimento, burlar as instruções da tarefa, ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela M e manusear objetos de modo concorrente com a tarefa), observa-se que a diferença entre os resultados absolutos é muito pequena, sugerindo não haver diferença entre as condições. Duas outras categorias também tiveram pontuação elevada no número de ocorrências, a saber o burlar as instruções do atendimento e o burlar as instruções da tarefa,. Na primeira e na segunda, houve maiores escores para as crianças da Condição 1 do que para as da Condição 2.

Tabela 15

Ocorrência das categorias de hiperatividade/impulsividade observadas na criança durante as sessões de intervenção na Condição 1 e na Condição 2

Categorias de Hiperatividade/Impulsividade (21)	Ambientes				Total por condição	
	Consultório		Domicílio		TC	TD
	C1	C2	C3	C4		
Emitir comportamento socialmente incompatível com o contexto	24	15	28	23	39	51
Abandonar a tarefa	00	00	00	00	00	00
Interromper a tarefa	14	02	07	06	16	13
Burlar as instruções do atendimento	18	16	17	16	34	33
Burlar as instruções da tarefa	13	12	11	11	25	22
Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP	05	00	11	06	05	17
Ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela M	05	02	02	02	07	04
Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP	09	02	07	08	11	15
Ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela M	03	01	07	05	04	12
Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela TP	01	01	07	04	02	11
Ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas pela M	03	06	07	05	09	12
Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas por TP	00	00	04	05	00	09
Ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas por M	04	02	07	06	06	13
Estimular-se de modo concorrente com o atendimento	03	01	03	04	04	07
Estimular-se de modo concorrente com a tarefa	05	02	05	03	07	08
Manusear objetos de modo concorrente com atendimento	11	06	10	10	17	20
Manusear objetos de modo concorrente com a tarefa	09	05	06	07	14	13
Desviar atenção durante as descrições das instruções do atendimento	04	03	06	02	07	08
Desviar atenção durante as descrições das instruções da tarefa	01	00	04	05	01	09
Recusa ajuda de M na execução da tarefa	05	04	05	05	09	10
Σ	137	80	154	133	217	287

Legenda: Cr1: Criança 1; Cr2: Criança 2; Cr3: Criança 3; Cr4: Criança 4; TD: Total de ocorrências com crianças da Condição 1; Domicílio; TC: Total de ocorrências com crianças da Condição 2; Consultório.

Quanto à categoria de manusear objetos de modo concorrente com o atendimento, as crianças da Condição 2 apresentaram muito mais ocorrências (20) do que as da Condição 1 (17). Por outro lado, as crianças da Condição 1 interromperam mais tarefas (16) do que as da Condição 2 (13).

Por outro lado, as categorias de ignorar perguntas relacionadas à tarefa formuladas pela TP, ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela TP, ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas tanto pela TP como pela mãe, ignorar solicitações relacionadas ao atendimento formuladas tanto pela TP quanto pela mãe, ignorar perguntas relacionadas à tarefa formulada pela mãe, auto-manusear de modo concorrente tanto em relação à tarefa, como em relação ao atendimento, além de desviar atenção durante as descrições tanto das instruções de atendimento como as da tarefa e recusa da ajuda de mãe na execução da tarefa, foram emitidas com maior ocorrência entre as crianças da condição 2 do que as da Condição 1.

Por sua vez, ignorar perguntas relacionadas ao atendimento formuladas pela mãe e manusear objetos de modo concorrente com a tarefa foram categorias que ocorreram um pouco mais entre as crianças da Condição 1 do que com as da Condição 2.

Vale ressaltar que, nenhuma criança de ambas as condições abandonou a tarefa e que na categoria de ignorar solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP nenhuma criança da Condição 1 teve pontuação, contra nove da Condição 2, o que indica que as da Condição 1 atenderam mais as solicitações relacionadas à tarefa formuladas pela TP.

É interessante informar que, das 20 categorias que fazem parte da área de hiperatividade/impulsividade, 15 delas teve prevalência de escores para as crianças da Condição 2, enquanto que apenas quatro tiveram prevalência da Condição 1 sobre a Condição 2, uma outra categoria restante (abandonar a tarefa), não teve pontuação para ambas as condições como já foi mencionado.

Esses dados sugerem que as crianças da Condição 2 apresentaram muito mais ocorrências de comportamentos de hiperatividade/impulsividade do que os da Condição 1 ao longo das cinco sessões que foram realizadas com os participantes.

3.3.3. Análise da Escolha do Brinquedo feita pela Criança e pela Mãe

A Tabela 16 apresenta dados referentes aos tipos de jogos ou tarefas disponíveis ao longo das cinco sessões e a quantidade de escolhas feitas tanto pela criança quanto pela mãe, considerando-se cada participante e cada uma das duas condições de intervenção.

Tabela 16

Número de escolhas por tipos de jogos ou tarefas realizadas pela criança e pela mãe ao longo das cinco sessões de intervenção

Tipos de jogos ou tarefas	Número de escolha por Criança																				Número de escolha por Mãe																				Total do Número de Escolhas								
	Cr1					Cr2					Cr3					Cr4					M1					M2					M3					M4					TC C	TC D	TM C	TM D					
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5					S 1	S 2	S 3	S 4	S 5
Jogo do Dominó	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	03	02	00	00
Jogo do Money	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	02	01	00	00
Roda-Pião	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	02	00
Maça Maluca	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	00	01	00
Lince Alfabético	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	00	00	00	02					
Caça Casal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	01	00	00
Pula Macaco	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	04	04	00	00
Caça Figuras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	01	00
Morcegos Equilibristas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	02	01	00
Desenho e Pintura	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	01	00	00
Massa de Modelar	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	02	02	00	00
Jogo da Memória	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05	04	00	00
Jogo do Mico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	00
Caça Animais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	01	00
Quadro de Giz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00	00	00

Legenda: Cr: Criança; M: Mãe; S: Sessão; TCC: total de escolhas feitas pelas crianças da Condição 1: Consultório; TCD: total de escolhas feitas pelas crianças da Condição 2: Domicílio; TMC: total de escolhas feitas pelas mães da Condição 1: Consultório; TMD: total de escolhas feitas pelas mães da Condição 2: Domicílio.

Os brinquedos e tarefas disponíveis foram Jogo do Dominó, Jogo do Money, Roda Pião, Maça Maluca, Lince Alfabético, Caça Casal, Pula Macaco, Caça Figuras, Morcegos Equilibristas, Desenho e Pintura, Massa de Modelar, Jogo da Memória, Jogo do Mico, Caça Animais e Quadro de Giz, distribuídos e disponibilizados conforme os objetivos de cada sessão.

Considerando-se primeiramente as escolhas feitas pelas crianças, verifica-se que, de todos os jogos disponíveis, Memória, Pula Macaco e Dominó foram os escolhidos por todas as crianças, sendo que o Jogo da Memória foi o preferido, contando com nove escolhas, cinco vezes na Condição 1 e quatro vezes na Condição 2. O Pula Macaco, por sua vez, teve oito escolhas, quatro para cada condição e o Jogo do Dominó teve cinco escolhas, três para a Condição 1 e duas escolhas para a Condição 2.

Por outro lado, os jogos Roda Pião, Lince Alfabético, Caça Figuras, Jogo do Mico, Caça Animais e a tarefa no Quadro de Giz não foram escolhidos por nem uma dentre as crianças participantes.

Quanto às mães, os brinquedos escolhidos por estas, a partir da terceira sessão de intervenção, foram Roda Pião e Lince Alfabético, os quais tiveram duas escolhas para cada uma das condições. Os jogos Maça Maluca, Caça Animais, Caça Figuras e Morcegos Equilibristas obtiveram cada qual uma escolha e somente foram escolhidos pelas duas participantes da Condição 1.

Observa-se na Tabela 16 que as duas mães participantes da Condição 2: Domicílio escolheram apenas um brinquedo cada e somente na terceira sessão. Provavelmente, este resultado decorreu da execução da primeira tarefa nessas sessões ter se estendido até o final do tempo previsto, em função de comportamentos das crianças de interromper tarefas, burlar regras, tanto de atendimento como da própria tarefa, manuseio de objetos concorrentes à tarefa, ocasionando na demora na emissão de comportamentos adequados ao contexto de brincar com jogos que apresentam regras bem definidas de execução e com um tempo previsto para seu encerramento.

Observou-se que aqueles brinquedos que possuem propriedades físicas (como cor e forma) visivelmente mais atraentes, como o Jogo da Memória (uma criança escolheu três vezes, enquanto as demais duas vezes cada), o Pula Macaco (duas escolhas para cada criança) os Morcegos Equilibristas e o Jogo do Money (três crianças escolheram uma vez cada brinquedo), assim como aqueles que possuem como característica um nível de complexidade mais simples na forma executá-los, como é o

caso do Jogo do Dominó e Massa de Modelar, formam os brinquedos mais escolhidos entre as crianças.

A Tabela 17 apresenta os dados referentes ao número de jogos e tarefas realizados pelos participantes nas duas condições nas cinco sessões de intervenção.

Tabela 17

Número total de jogos e tarefas realizados durante as sessões de intervenção por díade e por condição

	Participantes	Sessões de intervenção				
		Atividade livre		Atividade dirigida		
		1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão
Condição 1: Consultório	Díade 1	04	02	02	02	03
	Díade 2	03	04	02	02	02
Condição 2: Domicílio	Díade 3	01	03	02	01	01
	Díade 4	03	04	02	01	01

Os dados da Tabela 17 revelam que nas duas primeiras sessões de observação direta (atividade livre), tanto os participantes da Condição 1 quanto os participantes da Condição 2 escolheram mais tarefas do que nas três sessões de intervenção. Tal resultado era esperado, tanto em virtude do tipo de jogos e tarefas disponíveis como em virtude das regras de atendimento específicas para estas sessões (atividade livre).

Nas sessões de intervenção, onde passou-se a estabelecer regras mais definidas, principalmente em relação às escolhas de apenas dois jogos de regras, sendo a primeira escolha feita pela criança e a segunda feita pela mãe, não houve diferença numérica quanto a quantidade de tarefas entre as duas condições.

Porém, observa-se que nas sessões de atividade dirigida, apenas os participantes da Condição 1 tiveram as escolhas de dois brinquedos na quarta e na quinta sessões. Observa-se também que, na quinta sessão, a criança da Díade 1 da Condição 1: Consultório pôde fazer uma segunda escolha após a escolha feita pela mãe, justificando as três tarefas executadas na referida sessão. Por sua vez, os participantes da Condição 2: Domicílio só tiveram uma escolha e execução de uma tarefa em cada uma das sessões (4ª e 5ª) para cada participante, o que significa que apenas as crianças escolheram as tarefas, não dando oportunidade das mães escolherem e executarem a segunda tarefa.

3.3.4. Análise do Relato da Satisfação dos Participantes

A Tabela 18 apresenta dados referentes à satisfação descrita por crianças e mães em relação às sessões de intervenção.

Tabela 18

Descrição feita pela mãe e pela criança quanto ao grau de satisfação em relação às sessões de intervenção

Descrições	1ª sessão				2 sessão				3ª sessão/Interven				4ª sessão				5ª sessão				Total					
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	T M C	T M D
Mãe																										
Descreve sessão como satisfatória		x		x	X			x	X	x	x	x	x	x				x		x	3	4	1	4	7	5
Descreve sessão como parcialmente satisfatória	x		x			x									X	x		x		2	1	2	1	3	3	
Descreve sessão como insatisfatória							x							x						0	0	2	0	0	2	
Criança	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	C r 1	C r 2	C r 3	C r 4	T C	T C
Descreve sessão como satisfatória		x		x	X	x		x	X	x	x	x	x	x		x	x		x	4	5	2	4	9	6	
Descreve sessão como parcialmente satisfatória	x		x												X			x		1	0	2	1	1	3	
Descreve sessão como insatisfatória							x													0	0	1	0	0	1	

Legenda: x: Sim; M: Mãe; Cr: Criança; TMC: total de descrições feitas pelas mães da Condição 1: Consultório; TMD: total de descrições feitas pelas mães da Condição 2: Domicílio; TCC: total de descrições feitas pelas crianças da Condição 1: Consultório; TCD: total de descrições feitas pelas crianças da Condição 2: Domicílio.

Os dados demonstram que as mães em ambiente de consultório (Condição 1, n=7) apresentaram maior ocorrência de satisfação com as sessões do que as mães em ambiente domiciliar (Condição 2, n=5), considerando-se também que só ocorreram relatos de insatisfação entre as mães da Condição 2: Domicílio (M3, n=2).

Destaca-se que, na terceira sessão, onde a TP passou a ter participação mais ativa mediando a interação entre a díade, fornecendo conseqüências aos participantes, todas as mães consideraram a sessão como satisfatória. Na quarta sessão, apenas as mães em ambiente de consultório (Condição 1) mantiveram a descrição de satisfatória, enquanto que uma mãe de ambiente domiciliar (Condição 2) considerou a sessão como parcialmente satisfatória e a outra como insatisfatória. Na quinta sessão, duas mães, uma em cada condição, verbalizaram que tal sessão foi satisfatória, enquanto as outras duas descreveram esta sessão como parcialmente satisfatória.

Por sua vez, os dados relativos às crianças demonstram que houve mais relatos de satisfação com as sessões entre as crianças que estavam realizando o procedimento em ambiente de consultório (Condição 1, n=9) do que entre as que estavam em ambiente de domicílio (Condição 2, n=6).

Quanto à avaliação das sessões como parcialmente satisfatórias, três crianças da Condição 2 e uma da Condição 1 fizeram tal opção. Uma criança da Condição 2 não verbalizou se havia gostado ou não da sessão, apenas repetia que queria brincar com um determinado brinquedo com o qual ainda não havia brincado; neste caso, inferiu-se, por insuficiência de dados, que, para essa criança, a sessão foi insatisfatória.

Na terceira sessão, do mesmo modo como ocorreu com as mães, todas as crianças descreveram-na como satisfatória. Na quarta e na quinta sessões, somente as crianças da Condição 1: Consultório mantiveram as avaliações das sessões como satisfatórias. Desse modo, os resultados revelam que as duas crianças que participaram da intervenção em ambiente de consultório mantiveram, a partir da segunda sessão até o final do procedimento, estabilidade nas descrições das sessões como satisfatórias, diferentemente daquelas de ambiente domiciliar.

Porém, é importante destacar que as descrições feitas pelas crianças, independentemente da condição, se restringiam a referências aos estímulos presentes na sessão, como os brinquedos e o fato de terem brincado ou não com eles. Observou-se que tais descrições não correspondiam a análises qualitativas relacionadas aos comportamentos

que apresentaram durante a sessão, principalmente inadequados e às conseqüências para seguimento, ou não, das regras e para as mudanças ocorridas durante a sessão.

4. Avaliação Realizada Após Sessões de Intervenção

4.1. Avaliação do Comportamento da Criança

A Tabela 19 apresenta os resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr1 da Condição 1: Consultório.

Tabela 19

Resultados obtidos com a segunda aplicação do CBCL e do TRF: Criança 1

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Pai (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil	Limite
Competência Social	Atividade	43	24	Normal	33-B	5	Limítrofe	a)44	28	Normal
	Social	51	54	Normal	43	24	Normal	b)43	24	Normal
	Escola	24-C	<3	Clínico	20-C	<3	Clínico			
Escore Total		38-B	12	Limítrofe	27-C	<2	Clínico			
Problemas de Comportamento - Internalização	Ansiedade e depressão	64	92	Normal	59	81	Normal	59	81	Normal
	Retraimento	58	79	Normal	66-B	95	Limítrofe	63	90	Normal
	Queixas somáticas	50	<=50	Normal	57	76	Normal	50	<=50	Normal
Escore Total		60-B	84	Limítrofe	63-B	90	Limítrofe	60-B	84	Limítrofe
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	62	89	Normal	65-B	93	Limítrofe	68-B	97	Limítrofe
	Problemas com o pensamento	67-B	96	Limítrofe	67-B	96	Limítrofe	70-C	>97	Clínico
	Problemas com atenção	64	92	Normal	66-B	96	Limítrofe	70-C	>97	Clínico
	Comportamento opositor	60	84	Normal	53	62	Normal	69-B	97	Limítrofe
	Comportamento agressivo	69-B	97	Limítrofe	69-B	97	Limítrofe	70-C	>97	Clínico
Escore Total		68-C	97	Clínico	66-C	95	Clínico	71-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Compto		66-C	95	Clínico	68-C	97	Clínico	72-C	>98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	63	90	Normal	56	73	Normal	57	76	Normal
	Problemas de ansiedade	65-B	93	Limítrofe	65-B	93	Limítrofe	61	87	Normal
	Problemas somáticos	50	<=50	Normal	61	87	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	72-C	>97	Clínico	72-C	>97	Clínico	80-C	>97	Clínico
	Problemas desafiante opositor	62	89	Normal	62	89	Normal	68-B	97	Limítrofe
	Problemas de conduta	63	90	Normal	63	90	Normal	65-B	93	Limítrofe
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	63	90	Normal	56	73	Normal	51	54	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	68-B	97	Limítrofe	55	69	Normal	78-C	>97	Clínico
	Problemas de estresse pós-traumático	66-B	95	Limítrofe	66-B	95	Limítrofe	72-C	>97	Clínico

Após o procedimento de intervenção, a criança 1 (Cr1) da Condição 1: Consultório foi re-avaliada pela mãe, pelo pai e por uma professora que declarou conhecer a criança há três meses. Observa-se que não houve concordância entre os três avaliadores quanto à categoria *competência social*, pois a mãe a classificou como limítrofe, o pai, como clínica e a professora, como normal. Entretanto, houve concordância entre os mesmos quanto ao escore total para *problemas de comportamento*, pois todos a classificaram como clínica. Neste caso, Cr1 foi classificada igualmente como limítrofe quanto a problemas de comportamento internalizantes e clínica quanto a problemas de comportamento externalizantes.

Em relação aos dados do TRF- versão para professores, verificou-se que, o *desempenho acadêmico* de Cr1 foi considerado normal, assim como o *funcionamento adaptativo total*. Em sala de aula, ao final do estudo, a professora de Cr1 a descreveu como alguém que trabalha muito menos duro e comporta-se menos do que o adequado, aprende quase dentro da média e aparenta estar muito mais feliz do que outras crianças da mesma faixa etária.

Os resultados indicam que os pais e professora de Cr1 registraram muito mais problemas do que tipicamente registram pais e professores de meninos na idade de seis a 11 anos. Particularmente, para a mãe, seriam os problemas com pensamento e problemas de agressividade; para o pai, o retraimento, os problemas de relacionamento social, os problemas de pensamento, os problemas de atenção e problemas de agressividade; para a professora, os problemas de relacionamento social, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento opositor e comportamento agressivo. Observa-se concordância entre os três avaliadores em relação aos problemas com o pensamento e o comportamento agressivo.

Na *escala orientada pelo DSM*, verifica-se que os três informantes concordam quanto à classificação de Cr1 como normal em relação a problemas afetivos e problemas somáticos, e como clínica em relação a problemas de déficit de atenção e hiperatividade. Por outro lado, os problemas de comportamento opositor-desafiante e problemas de conduta foram considerados como normais tanto pela mãe quanto pelo pai, enquanto que para a professora foram considerados como limítrofes. Quanto aos problemas de ansiedade, mãe e pai classificaram o comportamento de Cr1 na faixa limítrofe, enquanto a professora a classificou como normal.

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, observa-se concordância entre os avaliadores somente quanto à sub-escala tempo cognitivo lento, os quais classificaram Cr1 como normal. Quanto às outras duas categorias que compõem esta escala, problemas obsessivo-compulsivo e problemas de estresse pós-traumático, somente a professora classificou Cr1 como clínica.

A Tabela 20 apresenta os resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr2 da Condição 1: Consultório.

A criança Cr2 (Condição 1) foi re-avaliada pela mãe e por uma professora que declarou conhecê-la há cinco meses. A Tabela 20 demonstra que não houve concordância entre as avaliadoras quanto aos resultados obtidos nos escores totais. Em *competência social*, Cr2 foi avaliada como normal pela mãe, enquanto que, em relação à avaliação da professora quanto ao *desempenho acadêmico*, verificou-se que Cr1 foi avaliada como clínica. Quanto ao *funcionamento adaptativo*, a criança foi considerada pela professora como limítrofe.

Os resultados obtidos com as escalas referentes a *problemas de comportamento externalizantes* indicam que a mãe de Cr2 registrou muito mais problemas do que os pais registram na avaliação de meninos de seis a 11 anos, principalmente aqueles relacionados a problemas de relacionamento social, problemas de atenção e de agressividade. Tal avaliação não foi observada nos resultados obtidos com a professora, que classificou a criança como limítrofe.

Na *Escala orientada pelo DSM*, houve concordância entre mãe e professora em todas as sub-escalas, as quais avaliaram Cr2 como normal quanto a problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas com comportamento opositor-desafiante e problemas de conduta. Do mesmo modo, ambas classificaram os problemas de déficit de atenção e hiperatividade de Cr2 como limítrofe.

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, as sub-escalas tempo cognitivo lento e problemas obsessivo-compulsivo foram consideradas pelas duas avaliadoras como normais, enquanto que, para problemas com estresse pós-traumático, a mãe classificou Cr2 como limítrofe e a professora, como normal. Novamente nessa Escala, a professora classificou Cr2 como normal em todas as sub-escalas.

Tabela 20

Resultados obtidos com a segunda aplicação do CBCL e do TRF: Criança 2

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escolas	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	53	62	Normal	a) 35-C	<=7	Clínico
	Social	43	24	Normal	b) 38-B	12	Limítrofe
	Escola	40	16	Normal			
Escore Total		46	34	Normal			
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	62	89	Normal	55	69	Normal
	Retraimento	58	79	Normal	53	62	Normal
	Queixas somáticas	53	62	Normal	58	79	Normal
Escore Total		60-B	84	Limítrofe	55	69	Normal
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	65-B	93	Limítrofe	62	89	Normal
	Problemas com o pensamento	58	79	Normal	60	84	Normal
	Problemas com atenção	69-B	97	Limítrofe	64	92	Normal
	Comportamento opositor	64	92	Normal	50	<=50	Normal
	Comportamento agressivo	70-C	>97	Clínico	63	90	Normal
Escore Total		70-C	98	Clínico	60-B	84	Limítrofe
Total de Problemas de Compto		69-C	97	Clínico	62-B	89	Limítrofe
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	63	90	Normal	63	90	Normal
	Problemas de ansiedade	60	84	Normal	56	73	Normal
	Problemas somáticos	50	<=50	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	69-B	97	Limítrofe	67-B	96	Limítrofe
	Problemas desafiante opositor	73-C	>97	Clínico	62	89	Normal
	Problemas de conduta	63	90	Normal	52	58	Normal
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	56	73	Normal	55	69	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	64	92	Normal	59	81	Normal
	Problemas de estresse pós-traumático	68-B	97	Limítrofe	63	90	Normal

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A Tabela 21 apresenta os resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr3 da Condição 2: Domicílio.

Tabela 21

Resultados obtidos com a segunda aplicação do CBCL e do TRF: Criança 3

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escolas	Escore	Percentil	Limite	Escore	Percentil
Competência Social	Atividade	42	21	Normal	a) 35-C	<=7	Clínico
	Social	39	14	Normal	b) 35-C	<=7	Clínico
	Escola	40	16	Normal			
Escore Total		36-C	8	Clínico			
Problemas de Comportamento - internalização	Ansiedade e depressão	70-C	>97	Clínico	57	76	Normal
	Retraimento	58	79	Normal	57	76	Normal
	Queixas somáticas	50	<=50	Normal	50	<=50	
Escore Total		65-C	93	Clínico	56	73	Normal
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	85-C	>97	Clínico	64	92	Normal
	Problemas com o pensamento	75-C	>97	Clínico	72-C	>97	Clínico
	Problemas com atenção	75-C	>97	Clínico	66-B	95	Limítrofe
	Comportamento opositor	75-C	>97	Clínico	64	92	Normal
	Comportamento agressivo	91-C	>97	Clínico	77-C	>97	Clínico
Escore Total		79-C	>98	Clínico	72-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Compto		77-C	>98	Clínico	70-C	98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	70-C	>97	Clínico	57	76	Normal
	Problemas de ansiedade	70-C	>97	Clínico	61	87	Normal
	Problemas somáticos	50	<=50	Normal	50	<=50	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	80-C	>97	Clínico	70-C	>97	Clínico
	Problemas desafiante opositor	77-C	>97	Clínico	66-B	95	Limítrofe
	Problemas de conduta	81-C	>97	Clínico	79-C	>97	Clínico
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	68-B	97	Limítrofe	50	<=50	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	76-C	>97	Clínico	75-C	>97	Clínico
	Problemas de estresse pós-traumático	78-C	>97	Clínico	69-B	97	Limítrofe

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A criança Cr3 (Condição 2) foi re-avaliada pela mãe e por uma professora que declarou conhecê-la há cerca de três meses. Na Tabela 21, observa-se que, ao final do estudo, quanto à *competência social*, tanto a mãe quanto a professora classificaram Cr3 como clínica. Observa-se que os escores para atividade, sociabilidade e escolaridade foram classificados pela mãe como normais, porém, a soma dos percentis foi suficientemente baixa para classificar Cr3 como clínica.

Quanto à professora, o *desempenho acadêmico* foi classificado como clínico, assim como o escore do *funcionamento adaptativo da criança*. De acordo com a professora, Cr3 era avaliada na sala de aula como alguém que trabalha com muito menos empenhado, comporta-se muito menos que o adequado, aprende muito menos e é ligeiramente menos feliz, comparado com outras crianças da mesma idade.

Na escala de *problemas de comportamento internalizantes*, a mãe classificou Cr3 como clínica enquanto a professora a classificou como normal. Quanto aos *problemas de comportamento externalizantes*, ambas classificaram Cr3 como clínica. Tais resultados indicam que tanto a mãe quanto a professora registraram mais problemas do que outros pais e professores de meninos de seis a 11 anos. No caso da mãe, tais problemas se referiam a problemas de ansiedade ou depressão, problemas de relacionamento social, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento opositor e problemas de agressividade. Para a professora, problemas de pensamento, de atenção e de agressividade.

Na *Escala orientada pelo DSM*, com exceção de problemas somáticos, avaliados como normal pelas duas informantes, os escores de todas as outras sub-escalas (problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de comportamento opositor-desafiante e problemas de conduta) foram classificados pela mãe de Cr3 como clínicos. Por outro lado, a professora classificou como normais, problemas afetivos e problemas de ansiedade, além de problemas somáticos, concordando com a mãe quanto a classificar como clínicos os problemas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas de conduta.

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, houve concordância entre mãe e professora quanto a sub-escala problemas obsessivo-compulsivo, pois ambas classificaram Cr3 como clínico neste aspecto.

A Tabela 22 apresenta os resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6-18 anos e TRF/6-18 anos), com a criança Cr4 da Condição 2: Domicílio.

Tabela 22

Resultados obtidos com a segunda aplicação do CBCL e do TRF: Criança 4

Categorias de análise	Informantes	Mãe (CBCL/6-18)			Pai (CBCL/6-18)			Professor (TRF/6-18)		
		Escore	Percentil	Límite	Escore	Percentil	Límite	Escore	Percentil	Límite
Competência Social	Atividade	26-C	<3	Clínico	40	16	Normal	a) 35-C	<=7	Clínico
	Social	38	12	Normal	42	21	Normal	b) 35-C	<=7	Clínico
	Escola	27-C	<3	Clínico	Nc	Nc	Nc			
Escore Total		23-C	<2	Clínico	Nc	Nc	nc			
Problemas de Comportamento - Internalização	Ansiedade e depressão	50	<=50		50	<=50	Normal	62	89	Normal
	Retraimento	60	84	Normal	50	<=50	Normal	62	89	Normal
	Queixas somáticas	50	<=50	Normal	64	92	Normal	65-B	93	Limítrofe
Escore Total		48	42	Normal	50	50	Normal	65-C	93	Clínico
Problemas de Comportamento - externalização	Problemas de contato social	54	65	Normal	59	81	Normal	74-C	>97	Clínico
	Problemas com o pensamento	51	54	Normal	70-C	>97	Clínico	63	90	Normal
	Problemas com atenção	57	76	Normal	68-B	97	Limítrofe	77-C	>97	Clínico
	Comportamento opositor	55	69	Normal	55	69	Normal	69-B	97	Limítrofe
	Comportamento agressivo	61	87	Normal	70-C	>97	Clínico	80-C	>97	Clínico
Escore Total		60-B	84	Limítrofe	67-C	96	Clínico	76-C	>98	Clínico
Total de Problemas de Conta		54	65	Normal	64-C	92	Clínico	74-C	>98	Clínico
Escala orientada pelo DSM - Padrão ASEBA	Problemas afetivos	60	84	Normal	63	90	Normal	65-B	93	Limítrofe
	Problemas de ansiedade	50	<=50	Normal	51	54	Normal	67-B	96	Limítrofe
	Problemas somáticos	50	<=	Normal	67-B	96	Limítrofe	57	76	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	60	84	Normal	70-C	>97	Clínico	91-C	>97	Clínico
	Problemas desafiante opositor	59	81	Normal	77-C	>97	Clínico	73-C	>97	Clínico
	Problemas de conduta	60	84	Normal	60	84	Normal	69-B	97	Limítrofe
Escala 2007 - Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	62	89	Normal	62	89	Normal	Normal	58	79
	Problemas obsessivo-compulsivo	51	54	Normal	63	90	Normal	Normal	64	92
	Problemas de estresse pós-traumático	54	65	Normal	61	87	Normal	Normal	68-B	97

Legenda: a): Desempenho acadêmico; b): Funcionamento adaptativo, soma de 1-Trabalhar duro, 2-comportar-se, 3- aprender, 4- estar feliz.

A criança Cr4 (Condição 2) foi re-avaliada pela mãe, pelo pai e por uma professora que declarou conhecer a criança há cerca de três meses.

Na Tabela 22, verifica-se que, em relação à categoria *competência social*, a Cr4 foi classificada pela mãe como no limite clínico, não sendo possível calcular o percentil atribuído pelo pai. Nas escalas de competência social, observa-se que mãe e pai concordam na avaliação sobre a sociabilidade da criança, pois ambos a classificaram no limite normal.

Quanto aos registros da professora da criança, pode-se afirmar que o *desempenho acadêmico* de Cr4 obteve escore no limite clínico, o mesmo ocorrendo quanto ao *funcionamento adaptativo*, também considerado como clínico. Ao final do estudo, a professora avaliou o desempenho de Cr4 em sala de aula como alguém que trabalha ligeiramente menos empenhada, comporta-se menos do que o apropriado, aprende menos também e aparenta estar mais feliz que a média.

Em relação às escalas referentes a *problemas de comportamento internalizantes*, observa-se que, enquanto a mãe e o pai classificam Cr4 no limite normal, a professora a classifica no limite clínico. Quanto aos *problemas de comportamento externalizantes*, pai e professora concordam classificando Cr4 no limite clínico, enquanto a mãe a classifica como limítrofe.

Os resultados obtidos com as sub-escalas de problemas de comportamento indicam que mãe e pai registram menos problemas internalizantes e externalizantes do que a professora, considerando-se a avaliação de outros pais e professores para crianças na mesma faixa etária. Para a professora, se destacam problemas referentes a queixas somáticas, problemas de contato social, problemas com atenção, comportamento opositor e comportamento agressivo.

Em relação à *Escala orientada pelo DSM*, verifica-se que a mãe mantém a classificação no limite normal para todas as sub-escalas, enquanto que o pai apresenta como normais problemas afetivos, problemas de ansiedade, e problemas de conduta. Para a professora, somente os problemas somáticos foram classificados no limite normal. Por outro lado, problemas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas de comportamento opositor-desafiante foram, tanto para o pai quanto para a professora, classificados no limite clínico.

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, quase todas as sub-escalas foram classificadas no limite normal pela mãe, pelo pai e pela professora, à exceção de problemas de estresse pós-traumático, classificado pelo professora como limítrofe.

Na Tabela 23 estão apresentados os resultados da comparação entre a primeira e a segunda avaliação do comportamento das crianças da Condição 1: Consultório, realizadas por meio da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos).

Tabela 23

Comparação entre os resultados obtidos na primeira e na segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental com as Crianças da Condição 1: Consultório (CBCL/ 6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos)

Categorias de análise	Avaliações Escala	CBCL (6 a 18 anos)						TRF (6 a 18 anos)			
		Criança 1				Criança 2		a) desempenho acadêmico		b) funcionamento adaptativo	
		1ª AM1	2ª AM1	1ª AP1	2ª AP1	1ª AM2	2ª AM2	Criança 1		Criança 2	
Competência Social	Atividade	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Limítrofe	Normal	Normal				
	Social	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	1ª APr1	2ª APr1	1ª APr2	2ª APr2
	Escola	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal	a) Clínico	a) Normal	a) Normal	a) Clínico
Escore Total		Clínico	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico	Normal	b) Normal	b) Normal	b) Normal	b) Limítrofe
Problemas de Comportamento - escalas de internalização	Ansiedade e depressão	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
	Retraimento	Limítrofe	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	Queixas somáticas	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
Escore Total		Clínico	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Normal
Problemas de Comportamento - escalas de externalização	Problemas de contato social	Clínico	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal
	Problemas com o pensamento	Clínico	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Normal	Normal
	Problemas com atenção	Clínico	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Clínico	Normal	Normal
	Comportamento opositor	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Limítrofe	Limítrofe	Normal	Normal
	Comportamento agressivo	Clínico	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal
Escore Total		Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe
Total de Problemas de Comportamento		Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe
Escala de DSM orientada- Padrão ASEBA	Problemas afetivos	Limítrofe	Normal	Clínico	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
	Problemas de ansiedade	Clínico	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal
	Problemas somáticos	Normal	Normal	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe	Limítrofe	Normal	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
	Problemas desafiante opositor	Clínico	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal	Normal
	Problemas de conduta	Clínico	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Clínico	Limítrofe	Normal	Normal
Escala 2007- Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	Clínico	Limítrofe	Clínico	Normal	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Normal	Normal
	Problemas de estresse pós- traumático	Clínico	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal

Legenda: AM: Avaliação feita pela Mãe; AP: Avaliação feita pelo Pai; APr: Avaliação feita pela Professora.

Observa-se na Tabela 23 que, quanto à categoria *competência social*, houve mudança na avaliação realizada pela mãe de Cr1 e pela mãe de Cr2. Na fase inicial do estudo, ambas as crianças foram avaliadas por suas mães como no limite clínico. Após a intervenção, a mãe de Cr1 passou a avaliá-la como limítrofe enquanto a mãe de Cr2 passou a avaliá-la como normal. A avaliação realizada pelo pai de Cr1 permaneceu considerando a criança no limite clínico.

Observa-se também diferenças nas avaliações realizadas pelas professoras de Cr1. Para a primeira professora, o *desempenho acadêmico* fora classificado no limite clínico e para a segunda professora, como normal. Por sua vez, a classificação da soma dos itens do *funcionamento adaptativo* da criança permaneceu inalterada em ambas as aplicações, como normal.

No que se refere aos *problemas de comportamento internalizantes*, os três avaliadores, que na primeira aplicação do instrumento classificaram Cr1 como no limite clínico, passaram a considerá-la como limítrofe na segunda avaliação. Nas escalas de *problemas de comportamento externalizantes*, assim como no de total de problemas de comportamento, permaneceu a mesma classificação no limite clínico atribuída à Cr1 pelos três avaliadores ao início do estudo.

Quanto às escalas que fazem parte da *Escala orientada pelo DSM*, verificou-se que, independentemente do limite, após a intervenção, Cr1 foi avaliada mais positivamente pelos três informantes quanto a problemas afetivos, e pela mãe e pela professora quanto a problemas de conduta e problemas desafiante-opositor. Quanto aos problemas com déficit de atenção e hiperatividade, a classificação de Cr1 permaneceu inalterada (como clínica) na segunda aplicação para a mãe e para o pai, mas agravou (passando de normal para clínico) segundo a avaliação da segunda professora.

No que se refere à *Escala 2007- Padrão ASEBA*, a escala tempo cognitivo lento permaneceu inalterada na segunda avaliação, sendo classificada como normal para todos os informantes. Tanto problemas obsessivo-compulsivos quanto problemas de estresse pós-traumático apresentaram melhor classificação na segunda avaliação realizada pela mãe e pelo pai de Cr1.

Em se tratando da Cr2, observa-se que na categoria *competência social*, o escore total da mãe classificou a criança dentro de um limite clínico na primeira aplicação, mas, após o procedimento, passou a classificá-la como normal. Quanto às escalas desta categoria, a de atividade permaneceu inalterada como normal em ambas as aplicações,

enquanto a de sociabilidade evoluiu de clínico para normal e a de escolaridade, de limítrofe para normal.

Quanto às avaliações do *desempenho acadêmico* de Cr2 realizadas pelas duas professoras, observam-se diferenças entre as duas aplicações do instrumento, uma vez que a classificação passou de normal para clínico, enquanto os itens que medem o funcionamento adaptativo passaram de normal para limítrofe na segunda avaliação.

Em relação aos *problemas de comportamento internalizantes*, inicialmente classificados no limite normal pela mãe, passaram para limítrofe na segunda aplicação. Para a professora, Cr2 foi avaliada como normal em ambas as aplicações quanto a este quesito. Quanto aos *problemas de comportamento externalizantes*, a avaliação realizada pela mãe permaneceu inalterada na segunda aplicação do instrumento, classificando Cr2 novamente como no limite clínico. No caso da professora, observa-se que a segunda avaliação classificou Cr2 como limítrofe. Quanto ao escore total de problemas de comportamento, na primeira aplicação, mãe e professora classificaram Cr2 como normal; já na segunda aplicação, a classificação foi clínica para a primeira e limítrofe para a segunda.

Na *Escala orientada pelo DSM*, três das seis escalas foram inicialmente avaliadas pela mãe como normais (*problemas afetivos*, *problemas de ansiedade* e *problemas somáticos*) e permaneceram com essa classificação após o procedimento. A escala *problemas com déficit de atenção e hiperatividade* foi classificada como limítrofe na primeira avaliação e permaneceu com essa mesma classificação na segunda aplicação do instrumento, tanto para a mãe quanto para a professora. No caso da mãe, Cr2 foi inicialmente classificada como limítrofe em *problemas com comportamento opositor-desafiante*, passando a clínico na segunda avaliação, enquanto *problemas de conduta* obteve classificação no limite clínico na primeira avaliação, passando para normal na segunda. Para ambas as escalas mencionadas, as professoras mantiveram a classificação no limite normal, o mesmo ocorrendo com *problemas afetivos* e *problemas somáticos*.

Na *Escala 2007-Padrão ASEBA*, para mãe e professora, *tempo cognitivo lento* obteve nas duas aplicações a mesma classificação dentro do limite normal.

Na Tabela 24 estão apresentados os resultados da comparação entre a primeira e a segunda avaliação do comportamento das crianças da Condição 2: Domicílio, realizadas por meio da Lista de Verificação Comportamental em duas versões (CBCL/6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos).

Tabela 24

Comparação entre os resultados obtidos na primeira e na segunda aplicação da Lista de Verificação Comportamental com as Crianças da Condição 2: domicílio (CBCL/ 6 a 18 anos e TRF/ 6 a 18 anos)

Categorias de análise	Avaliações Escala	CBCL (6 a 18 anos)						TRF (6 a 18 anos)			
		Criança 3		Criança 4				a) desempenho acadêmico		b) funcionamento adaptativo	
		1ª AM3	2ª AM3	1ª AM4	2ª AM4	1ª AP4	2ª AP4	Criança 3		Criança 4	
Competência Social	Atividade	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Normal				
	Social	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	1ª AP3	2ª AP3	1ª AP4	2ª AP4
	Escola	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	nc	a) Normal	a) Clínico	a) Clínico	a) Clínico
Escore Total		Normal	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	nc	b) Clínico	b) Clínico	b) nc	b) Clínico
Problemas de Comportamento - escalas de internalização	Ansiedade e depressão	Normal	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	Retraimento	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
	Queixas somáticas	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe
Escore Total		Limítrofe	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico
Problemas de Comportamento - escalas de externalização	Problemas de contato social	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Clínico	Clínico
	Problemas com o pensamento	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Normal
	Problemas com atenção	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Limítrofe	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico
	Comportamento opositor	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Normal	Limítrofe	Limítrofe
	Comportamento agressivo	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico
Escore Total		Clínico	Clínico	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico	clínico	Clínico
Total de Problemas de Comportamento		Clínico	Clínico	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico	Clínico
Escala de DSM orientada- Padrão ASEBA	Problemas afetivos	Limítrofe	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe
	Problemas de ansiedade	Limítrofe	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Limítrofe
	Problemas somáticos	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Limítrofe	Clínico	Clínico	Clínico
	Problemas desafiante opositor	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal	Normal	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	Clínico
	Problemas de conduta	Clínico	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Clínico	Limítrofe
Escala 2007- Padrão ASEBA	Tempo cognitivo lento	Normal	Limítrofe	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas obsessivo-compulsivo	Normal	Clínico	Normal	Normal	Normal	Normal	Clínico	Clínico	Normal	Normal
	Problemas de estresse pós- traumático	Clínico	Clínico	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Normal	Clínico	Limítrofe	Clínico	Limítrofe

Legenda: AM: Avaliação feita pela Mãe; AP: Avaliação feita pelo Pai; AP3: Avaliação feita pela Professora.

Comparando-se as duas avaliações realizadas com Cr3, observa-se na Tabela 24 que, quanto à *competência social*, esta criança apresentou escore total classificado pela mãe no limite normal na primeira aplicação e no limite clínico na segunda aplicação, embora em ambas as aplicações as sub-escalas tenham sido classificadas como normais. No que se refere às professoras, do mesmo modo ocorreu alteração de limite normal para limite clínico quanto ao *desempenho acadêmico* da criança. No que se refere ao *funcionamento adaptativo*, a classificação ficou dentro do limite clínico para ambas as aplicações.

Em relação aos *problemas de comportamento*, observa-se que, de acordo com a mãe, a avaliação de Cr3 passou de limítrofe, antes do procedimento, para clínico após o procedimento de intervenção. Entretanto, observa-se que, para a primeira professora Cr3 foi classificado como clínico, enquanto para a segunda, foi classificado como normal. Nas escalas referentes a *comportamentos internalizantes*, a mãe manteve a classificação de normal para retraimento e queixas somáticas, mas classificou como clínico problemas relacionados à ansiedade e depressão na segunda aplicação. Para a professora, as escalas de ansiedade e depressão e queixas somáticas foram avaliadas como normais em ambas as aplicações; por sua vez, retraimento foi classificado como limítrofe na primeira aplicação e como normal na segunda. Quanto aos *problemas de comportamento externalizantes*, o escore total correspondeu ao limite clínico, tanto para mãe quanto para professora, nas duas aplicações do instrumento. Todas as escalas deste quesito obtiveram classificação no limite clínico, nas duas aplicações do instrumento realizadas com a mãe. No escore total de problemas de comportamento, tanto mãe quanto professora obtiveram percentis que classificaram a criança no limite clínico para esse item.

Na *Escala orientada pelo DSM*, a avaliação realizada pela mãe manteve o mesmo limite clínico de classificação para as escalas *problemas de déficit de atenção e hiperatividade*, *problemas desafiante-opositor* e *problemas de conduta*, em ambas as aplicações do instrumento. Destaca-se também que, na segunda avaliação, a mãe classifica Cr3 no limite clínico em quase todas as escalas orientadas pelo DSM, exceto *problemas somáticos*. As professoras também mantiveram no limite normal a escala *problemas afetivos*; entretanto, na segunda avaliação, *problemas de déficit de atenção e hiperatividade* foram avaliados como clínico, assim como *problemas de conduta*.

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, para a mãe, *tempo cognitivo lento* inicialmente avaliado como normal, passou a ser avaliado como limítrofe, enquanto que as professoras

mantiveram a avaliação deste quesito como normal nas duas aplicações do instrumento. Observa-se também, que *problemas obsessivo-compulsivo*, avaliado pela mãe como normal ao início do estudo, foi classificado no limite clínico após a intervenção, enquanto as professoras consideraram tal comportamento como clínico em ambas as avaliações. Finalmente, *problemas de estresse pós-traumático* obteve classificação no limite clínico em ambas as aplicações para mãe, mas foi classificado como limítrofe para a segunda professora.

Quanto à Cr4, observa-se que na categoria *competência social*, no escore total correspondente à primeira e à segunda aplicação do instrumento, a mãe classificou a criança no limite clínico; do mesmo modo, o fez o pai na primeira avaliação. Nas escalas, observa-se que a avaliação da mãe declina para o limite clínico na segunda avaliação, tanto em atividade quanto em escolaridade. No que se refere às professoras, a primeira classificou o *desempenho acadêmico* de Cr4 como clínico, o que foi mantido na avaliação realizada pela segunda professora, após a intervenção.

Nas escalas de *problemas de comportamento internalizantes*, o escore total para mãe e pai foi normal tanto na primeira quanto na segunda aplicação, enquanto para a professora foi limítrofe e clínico respectivamente. Nas sub-escalas correspondentes a problemas de comportamento internalizantes, os avaliadores classificaram Cr4 no limite considerado normal em quase todas, com exceção da segunda professora que a classificou como limítrofe quanto a queixas somáticas. Quanto aos *problemas de comportamento externalizantes*, somente a mãe classificou Cr4 como limítrofe na segunda avaliação. Tanto o pai quanto a segunda professora, a classificaram como clínica. Em relação a problemas de comportamento externalizantes, observa-se que a mãe classifica Cr4 como normal em todas as sub-escalas nas duas aplicações do inventário. Por sua vez, o pai, que na primeira avaliação classificou Cr4 como limítrofe, na segunda a avalia como clínica no escore total. Nas sub-escalas, o pai mantém a mesma avaliação em problemas de comportamento social (normal), problemas com atenção (limítrofe) e comportamento opositor (normal). Nas duas avaliações, as professoras consideraram como clínico *problemas de contato social*, *problemas com atenção* e *comportamento agressivo*; e, como limítrofe, *comportamento opositor*. O escore total de problemas de comportamento de Cr4 foi considerado como normal para a mãe e como clínico tanto para pai quanto para as professoras.

Na *Escala orientada pelo DSM*, verificou-se que, para todas as escalas, a mãe considerou Cr4 dentro do limite da normalidade, com exceção de *problemas desafiante-*

opositor que, na primeira avaliação, foi classificado como limítrofe. O pai manteve a classificação nas duas avaliações em relação a *problemas afetivos*, *problemas de ansiedade*, *problemas de conduta* (as três classificadas como normais), e *problemas de déficit de atenção e hiperatividade* (classificada como clínica). O pai alterou sua avaliação para *problemas desafiante-opositor*, que passou de normal para clínico, e *problemas somáticos*, que passou de normal para limítrofe. Por outro lado, as professoras mantiveram a classificação nas duas avaliações para *problemas de ansiedade* (limítrofe), *problemas somáticos* (normal), *problemas de déficit de atenção e hiperatividade*, e *problemas desafiante-opositor* (classificados como clínicos), e apresentaram mudança na avaliação de *problemas afetivos* (de normal para limítrofe), e *problemas de conduta* (de clínico para limítrofe).

Na *Escala 2007- Padrão ASEBA*, tanto a mãe quanto o pai e a professora classificaram Cr4 como normal em *tempo cognitivo lento* e *problemas obsessivo-compulsivo*, nas duas avaliações. Houve também concordância entre pai e mãe quanto às duas avaliações de *problemas de estresse pós-traumático* (de limítrofe para normal); porém as professoras divergem uma vez que, para essa mesma sub-escala, consideram a criança inicialmente como clínica e posteriormente como limítrofe, mas, em ambos os casos, houve melhora na classificação.

Na Tabela 25, estão apresentados os escores totais referentes à competência social/desempenho acadêmico, problemas de comportamento (score total, comportamentos internalizantes e comportamentos externalizantes), escala DSM correspondente a problemas de déficit de atenção e hiperatividade, e escala 2007-Padrão ASEBA correspondente a tempo cognitivo lento, como o objetivo de se fazer uma comparação entre os resultados obtidos com as duas aplicações do CBCL e do TRF. Optou-se por estas categorias por elas representarem os principais sintomas atribuídos a crianças com diagnóstico de TDAH. Optou-se também por excluir os dois pais nesta análise a fim de se obter uma melhor comparação entre quantidade de informantes por condição de intervenção.

Tabela 25

Comparação entre a primeira e a segunda avaliação do comportamento da criança feitas pela mãe e pela professora

Categorias	Condição 1: Consultório								Condição 2: Domicílio							
	Cr1				Cr2				Cr3				Cr4			
	Mãe		Professora		Mãe		Professora		Mãe		Professora		Mãe		Professora	
	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA	1ªA	2ªA
Competência social/ Desempenho acadêmico	Clínico	<i>limítrofe</i>	clínico	normal	clínico	normal	normal	clínico	Normal	clínico	normal	clínico	clínico	clínico	clínico	clínico
Problemas de comportamento Escore total	Clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	<i>limítrofe</i>	Clínico	clínico	clínico	clínico	normal	clínico	clínico	clínico
Problemas de comportamento Internalizantes	Clínico	<i>limítrofe</i>	clínico	<i>limítrofe</i>	normal	<i>limítrofe</i>	normal	normal	<i>limítrofe</i>	clínico	clínico	normal	normal	normal	<i>limítrofe</i>	clínico
Problemas de comportamento Externalizantes	Clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	clínico	<i>limítrofe</i>	Clínico	clínico	clínico	clínico	<i>limítrofe</i>	<i>limítrofe</i>	clínico	clínico
Escalas DSM Problemas de TDAH	Clínico	clínico	normal	clínico	<i>limítrofe</i>	<i>limítrofe</i>	<i>limítrofe</i>	<i>limítrofe</i>	Clínico	clínico	<i>limítrofe</i>	clínico	normal	normal	clínico	clínico
Escalas 2007 Padrão ASEBA Tempo cognitivo lento	Normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	Normal	<i>limítrofe</i>	normal	normal	normal	normal	normal	normal

Legenda: Cr: Criança; A: Avaliação.

Considerando-se as avaliações realizadas pelas mães e professoras, observa-se na Tabela 25 que a criança que recebeu o menor número de avaliações no limite clínico foi a Cr2 da Condição 1: Consultório, tanto na primeira (n=5) quanto na segunda (n=3) aplicação dos instrumentos. A Cr3 da Condição 2: Domicílio apresentou agravamento em seu padrão comportamental ao final do estudo, uma vez que foi a criança que mais recebeu classificações no limite clínico na segunda avaliação (n=9).

De modo geral, observa-se na Tabela 25 que as duas crianças da Condição 1: Consultório reduziram o número de avaliações no limite clínico entre a primeira e a segunda avaliação. A Cr1 passou de 9 para 6 avaliações como clínica e a Cr2, de 5 para 3 avaliações. Na Condição 2: Domicílio, as crianças receberam mais classificações no limite clínico na segunda avaliação em comparação com a primeira avaliação: a Cr 3 passou de 6 para 9 e a Cr4, de 5 para 7.

4.2. Avaliação dos Estilos Parentais

A Tabela 26 apresenta os resultados obtidos por meio da segunda aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP), realizada após a intervenção, considerando individualmente os participantes das Condições 1 e 2 e o total obtido por condição.

De acordo com a Tabela 26, quanto ao total do índice de estilo parental (iep), três mães obtiveram iep negativo, sendo uma da Condição 1 (M2) e duas da Condição 2 (M3 e M4), sendo ambas classificadas como *Estilo Parental de Risco*. A mãe da Condição 1 (M1) que obteve iep positivo (índice +4, percentil 50) classificou-se como *Estilo Parental Regular*, porém, baixo da média. Quanto aos pais, ambos obtiveram iep positivo (+9, percentil 75 e +5, percentil 55, respectivamente) e foram classificados como *Estilo Parental Regular*, acima da média.

Tabela 26

Resultados obtidos com a segunda aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP) com os responsáveis participantes da Condição 1 e da Condição 2

Prática Educativas	Condição						Total			
	1: Consultório			2: Domicílio			1: Consultório		2: Domicílio	
	M1	P1	M2	M3	M4	P4	TM	TP	TM	TP
Prática Educativas Positivas										
Monitoria Positiva	12	12	09	10	12	12	21	12	22	12
Comportamento Moral	12	08	11	10	12	10	23	08	22	10
Prática Educativas Negativas										
Monitoria negativa	10	06	05	07	09	08	15	06	16	08
Punição inconsistente	01	00	06	05	05	04	07	00	10	04
Negligência			04	04	05	02	06	03	09	02
Disciplina relaxada	02	03								
Abuso físico e psicológico	02	00	07	03	05	01	09	00	08	01
	05	02	05	07	03	02	10	02	10	02
Total do índice de estilo parental	+4	+9	-7	-6	-3	+5	-4	+9	-9	+5
Percentual	50	75	15	15	20	55	20	75	10	55
Classificação	R - M	R+M	RIS	RIS	RIS	R+M	RIS	R+M	RIS	R+M

Legenda: M1: Mãe da Criança 1; P1: Pai da Criança 1; M2: Mãe da Criança 2; M3: Mãe da Criança 3; M4: Mãe da Criança 4; P4: Pai da Criança 4; TM: Total obtido pelas mães; TP: Total obtido pelos pais; R +M: Estilo Parental regular acima da média; R -M: Estilo Parental regular, porém abaixo da média; RIS: Estilo Parental de risco.

A Tabela 27 apresenta a comparação entre os resultados obtidos por meio da primeira e da segunda aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP), considerando individualmente os participantes das Condições 1 e 2 e o total obtido por condição.

Tabela 27

Comparação entre a primeira e segunda aplicação do IEP com os responsáveis participantes da Condição 1 e da Condição 2

Prática Educativas Positivas	Condição 1						Condição 2						Condição 1		Condição 2	
	M1 1ªA	M1 2ªA	P1 1ª A	P1 2ªA	M2 1ªA	M2 2ªA	M3 1ªA	M3 2ªA	M4 1ªA	M4 2ªA	P4 1ªA	P4 2ªA	TM 1ª A	TM 2ª A	TM 1ª A	TM 2ª A
Monitoria Positiva	10	12	09	12	09	09	09	10	07	12	10	12	19	21	16	21
Comportamento Moral	10	12	06	08	11	11	09	10	08	12	08	10	21	23	17	22
Práticas Educativas Negativas																
Monitoria negativa	09	10	03	06	11	05	05	07	08	09	10	08	20	15	13	16
Punição Inconsistente	02	01	00	00	09	06	04	05	06	05	03	04	11	07	10	10
Negligência	03	02	03	03	08	04	03	04	01	05	00	02	11	06	04	09
Disciplina Relaxada	02	02	02	00	08	07	03	03	04	05	04	01	10	09	07	08
Abuso Físico e Psicológico	05	05	03	02	06	05	08	07	03	03	04	02	11	10	11	10
Total do índice de estilo parental	-1	+4	+4	+09	-22	-7	-5	-6	-7	-3	-3	+5	-23	-3	-12	-10
Percentual	25	50	50	75	01	15	20	15	15	20	20	55	1	20	10	10
Classificação	RIS	R-M	R-M	R+M	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	R+M	RIS	RIS	RIS	RIS

Legenda: M1: Mãe da Criança 1; P1: Pai da Criança 1; M2: Mãe da Criança 2; M3: Mãe da Criança 3; M4: Mãe da Criança 4; P1: Pai da Criança 1; P4: Pai da Criança 4; A: Avaliação; TM: Total obtido pelas mães; R +M: Estilo Parental regular acima da média; R -M: Estilo Parental regular, porém abaixo da média; RIS: Estilo Parental de risco.

Comparando-se os dados obtidos ao início e ao final do estudo, verifica-se que, em relação às duas categorias classificadas como **práticas educativas positivas**, com exceção da M2 que manteve os mesmos resultados, as demais mães e os pais aumentaram os itens relacionados à *monitoria positiva e comportamento moral*.

No que se refere às **práticas educativas negativas**, somente uma mãe (M2) da Condição 1, reduziu significativamente os escores obtidos em todos os cinco itens relacionados a tais práticas, diminuindo seu iep inicial de -22, percentil 01, para -7, percentil 20. Os demais participantes tiveram reduções em alguns itens e em outros não.

Comparando-se as duas condições de intervenção, por meio da soma dos escores obtidos pelas mães quanto às práticas educativas negativas, observa-se que houve redução nos resultados obtidos pelas mães da Condição 1, especialmente quanto à monitoria negativa (de 20 para 15), punição inconsistente (de 11 para 7) e negligência (de 11 para 6). No caso das mães da Condição 2, observa-se aumento especialmente em negligência (de 4 para 9).

Com relação aos pais, o da Condição 2: Domicílio apresentou pontuações maiores em monitoria negativa, punição inconsistente, disciplina relaxada e abuso físico e psicológico, ao ser comparado com o pai da Condição 1: Consultório, enquanto este superou o da Condição 2 em negligência.

Com relação ao iep, verificou-se que entre as mães da Condição 1: Consultório, uma que iniciou com iep negativo, com percentil -1, e enquadrada no Estilo Parental de risco, aumentou suas práticas educativas positivas, elevando o seu iep para +4 que é positivo, ocasionando a alteração de classificação para Estilo Parental de regular, embora ainda menor que a média. A outra participante dessa condição aumentou também suas práticas educativas positivas e diminuiu escores nas práticas educativas negativas, porém, foi insuficiente para atingir um iep positivo, continuando em um Estilo Parental de risco, embora tenha tido uma redução de iep significativa (-22 para -7), como já foi mencionado.

Quanto às mães da Condição 2:Domicílio, uma aumentou seu iep negativo de -5/percentil 20 para -6/percentil 15, sugerindo aumento de práticas educativas negativas, enquanto a outra mãe reduziu o seu iep de -7/percentil 15 para -3/percentil 20, o que indica que, de alguma forma, ocorreu redução de práticas educativas negativas e aumento de positivas. Entretanto, ambas continuaram enquadradas em Estilo Parental de risco. Vale ressaltar que, em relação aos índices do Estilo Parental de M3, esta mãe declarou em entrevista que seu filho ficou quase 15 dias sem tomar uma medicação combinada com a

Ritalina, tendo mãe registrado que a criança estava tendo exacerbação de certos comportamentos, o que ela justificava como sendo efeito do não-uso da medicação, uma vez que, segundo ela, o medicamento Ritalina era insuficiente para conter os comportamentos inadequados do filho.

No que se refere aos pais, o da Condição 1 ao início do estudo enquadrava-se com percentil 50 no *Estilo Parental Regular abaixo da média* e ao final, aumentou seu percentil para 75 evoluindo para *Estilo Parental Regular acima da média*. O pai participante da Condição 2 tinha o percentual 20, e classificado como *Estilo Parental de risco* antes do procedimento e, após a intervenção, apresentou um percentil igual a 55, sendo classificado em *Estilo Parental regular acima da média*.

Destaca-se que, com exceção de M2 e de P4, todos os outros quatro informantes de alguma forma tiveram acréscimo de pontos na monitoria negativa. Nas demais práticas negativas houve aumento e diminuição de forma idiossincrática. Porém, também se constatou um aumento geral nas práticas educativas positivas, ocasionando melhora no índice de estilo parental na maioria dos informantes. Isso sugere que o procedimento foi efetivo para aquisição e manutenção de práticas educativas positivas, porém, talvez pelo tempo do procedimento, tenha sido insuficiente para a redução significativa de práticas educativas negativas.

4.3. Avaliação da Criança pelos Professores

Na Tabela 28 estão apresentados os resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, versão para professores, destacando-se os escores, percentis e classificação de acordo com cada caso e condição.

Tabela 28

Resultados obtidos por meio da segunda aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade- versão para professores

Condição Cr		Problemas de Comportamento ou Sintomas											
		Déficit de Atenção			Hiperatividade/ Impulsividade			Problemas de Aprendizagem			Comportamento Anti-Social		
		Escore	Perctil	Class	Escore	Perctil	Class	Escore	Perctil	Class	Escore	Perctil	Class
1:	Cr1	60	75	DE	67	95	RPT	52	70	DE	27	90	ACE
Cons.	Cr2	84	95	RPT	56	85	ACE	66	85	ACE	17	75	DE
2:	Cr3	49	55	DE	60	90	ACE	58	75	DE	33	95	RPT
Dom.	Cr4	80	90	ACE	68	95	RPT	84	99	RPT	34	95	RPT

Legenda: Cr1: Criança 1; Cr2: Criança 2; Cr3: Criança 3; Cr4: Criança 4; AE: Abaixo da expectativa, apresenta menos problemas que a maioria das crianças (até percentil 25); DE: Média ou dentro da expectativa (percentil entre 26 a 75); ACE: Acima da expectativa, apresenta mais problemas que a maioria das crianças (percentil entre 76 a 94); RPT: Região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno (percentil igual ou superior a 95).

Os resultados da Tabela 28 demonstram que, ao final do estudo, quanto ao *déficit de atenção*, apenas uma criança, Cr2 participante da Condição 1, apresentou resultado cujo percentil a classificou na região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Em relação à *hiperatividade/impulsividade*, duas crianças, sendo uma de cada condição, apresentaram percentis que as enquadraram na região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Quanto aos *problemas de aprendizagem*, somente a Cr4 foi classificada como tendo maior probabilidade de estar na região onde apresenta o transtorno.

No que se refere ao *comportamento anti-social*, duas crianças da Condição 2, ambas com percentis 95, foram enquadrados na região onde há probabilidade de apresentar o transtorno.

Dentre todos os casos, a Cr4 é a única que apresenta três áreas classificadas como regiões com probabilidade de apresentar o transtorno.

A Tabela 29 apresenta a comparação entre escores, percentis e classificação entre a primeira e a segunda aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-versão para professores, considerando os quatro casos e as condições as quais representam.

Tabela 29

Comparação entre a primeira e segunda aplicação da Escala do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-versão para professores com os participantes da Condição 1 e da Condição 2

Condição	Problemas de Comportamento ou Sintomas																
	Déficit de Atenção				Hiperatividade/Impulsividade				Prob. de Aprendizagem				Comptº Anti-Social				
		1ª Aplicação		2ª Aplicação		1ª Aplicação		2ª Aplicação		1ª Aplicação		2ª Aplicação		1ª Aplicação		2ª Aplicação	
		Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class	Perc	Class
1:	Cr1	80	ACE	75	DE	90	ACE	95	RPT	80	ACE	70	DE	65	DE	90	ACE
Consultório	Cr2	85	ACE	95	RPT	90	ACE	85	ACE	40	DE	85	ACE	85	ACE	75	DE
2:	Cr3	50	DE	55	DE	90	ACE	90	ACE	35	DE	75	DE	95	RPT	95	RPT
Domicílio	Cr4	99	RPT	90	ACE	95	RPT	95	RPT	95	RPT	99	RPT	95	RPT	95	RPT

Legenda: Cr1: Criança 1; Cr2: Criança 2; Cr3: Criança 3; Cr4: Criança 4; AE: Abaixo da expectativa, apresenta menos problemas que a maioria das crianças (até percentil 25); DE: Média ou dentro da expectativa (percentil entre 26 a 75); ACE: Acima da expectativa, apresenta mais problemas que a maioria das crianças (percentil entre 76 a 94); RPT: Região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno (percentil igual ou superior a 95).

Os resultados da Tabela 29 revelam que, em relação ao *déficit de atenção*, houve melhora na classificação da maioria das crianças participantes. Cr1 (Condição 1), que estava acima da média para apresentar mais problemas que a maioria das crianças, passou para dentro da expectativa ou média, e Cr4 (Condição 2), que tinha sido na primeira aplicação classificada na região de probabilidade de transtorno, passou para a classificação de acima da expectativa. O participante Cr3, da Condição 2, manteve-se na mesma classificação. Entretanto, Cr2, da Condição 1, teve sua classificação agravada, passando de acima da média para a região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Quanto à *hiperatividade/impulsividade*, os resultados demonstram que dois participantes (Cr3 e Cr4) da Condição 2 e um (Cr2) da Condição 1, mantiveram-se na mesma classificação, enquanto que o outro participante da Condição 1 (Cr1) teve classificação agravada, passando de acima da média para apresentar mais problemas que a maioria das crianças, para a região onde há probabilidade de apresentar o transtorno.

Quanto aos *problemas de aprendizagem*, os participantes da Condição 2 (Cr3 e Cr4) mantiveram na segunda aplicação a mesma classificação que haviam obtido na primeira aplicação. Na Condição 1, Cr1 obteve melhora em sua classificação, passando de acima da média para dentro da média, ao contrário do outro participante desta condição (Cr2), que teve seu percentil e classificação agravados, saindo da classificação de dentro da média para acima da média para apresentar o transtorno.

Finalmente, quanto ao *comportamento anti-social*, dois participantes da Condição 2 mantiveram percentil e classificação análogas entre as aplicações (Cr3 e Cr4). Quanto às outras duas crianças da Condição 1, uma passou do enquadramento de dentro da média para acima da média (Cr1), e a outra em uma condição inversa a da anterior citada (Cr2).

De todos os participantes, Cr4 foi a que manteve maior estabilidade nas duas aplicações da escala, enquadrando-se nas quatro áreas e exceto pela segunda avaliação do déficit de atenção, todas as outras foram classificadas como regiões onde há probabilidade de apresentar o transtorno.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo analisar os efeitos de uma intervenção comportamental direcionada a pais de crianças com TDAH, realizada em dois ambientes de intervenção, *setting* terapêutico (Condição 1: Consultório) e ambiente domiciliar (Condição 2: Domicílio). Verificou-se os efeitos desta intervenção sobre os estilos parentais adotados pelos pais, antes e após a intervenção, e, no que se refere às crianças, na ocorrência de comportamentos de hiperatividade/impulsividade e de comportamentos de autocontrole, com investigação da generalização dos possíveis benefícios para o contexto escolar.

A coleta de dados ocorreu em três etapas: (1) avaliação inicial, que envolveu a aplicação de instrumentos padronizados aos pais e professores, visando primeiramente, no caso dos pais, a identificação do repertório de entrada em termos de estilos parentais, e, em segundo, a investigação das percepções que tinham (pais e professores) acerca dos comportamentos das crianças; (2) intervenção, efetivada em cinco sessões realizadas em uma das duas condições previstas para o estudo, e (3) avaliação final, que se tratou da replicação dos instrumentais com objetivo de avaliar os efeitos da intervenção comportamental.

Os resultados serão discutidos considerando-se, inicialmente, o ambiente de coleta de dados e a seleção dos participantes. Em seguida, se discutirá os comportamentos das crianças avaliados por meio de instrumentos padronizados (CBCL, TRF e Escala TDAH - versão professor) e de observação direta realizada nas sessões de intervenção. Por último, serão discutidas as práticas educativas positivas e negativas adotadas pelos pais, avaliadas por meio do Inventário de Estilo Parental e os comportamentos observados nas mães durante as sessões de intervenção, levando-se em consideração cada díade e a comparação entre as condições.

Na literatura que aborda a aquisição de comportamentos de autocontrole e a redução de comportamentos de hiperatividade/impulsividade apresentados por crianças com TDAH, é comum encontrarem-se intervenções em ambiente artificialmente controlado e clínico (Binder & cols., 2000). Porém, quanto às intervenções feitas em ambiente natural, registram-se apenas estudos que citam a ocorrência de tais comportamentos em contexto escolar (Miranda & cols., 2006; Rohde & cols., 2000; Vasconcelos, 2002).

O mesmo não ocorre em contexto domiciliar, onde há escassez de trabalhos que considerem como contexto de intervenção *in locus* o ambiente domiciliar. Um exemplo foi o delineamento de um estudo sobre treino parental realizado por Brzuskiwicz e cols. (2006) que utilizou, em metade do grupo, uma avaliação individualizada feita por meio de vídeo *feedback*, cujos dados eram coletados durante observações de videotape em situação de jogos

entre mães e crianças em ambiente domiciliar. Porém, tais intervenções eram efetivadas posteriormente em outro ambiente, utilizando o material coletado para subsidiar o referido treino parental.

Além do estudo de Brzuskiwicz e cols. (2006), destacam-se o realizado por Hartman e cols. (2003), no qual analisaram a efetividade de um tratamento, avaliado após período de um mês e de um ano, por meio de observações diretas efetuadas em domicílio, e o estudo realizado por Arvans e Gaynor (2006), o qual restringiu o *setting* de domicílio como atividades de casa. Essa escassez de pesquisa no contexto domiciliar como *setting* de intervenção pode estar relacionada às prováveis dificuldades de garantias de controle das variáveis ambientais intervenientes, que possam comprometer a validade e a fidedignidade de estudos dessa natureza.

Dessa forma, no presente estudo fez-se um esforço em tentar adequá-lo às exigências dos critérios científicos dentro da pesquisa aplicada, equiparando e adequando ao máximo algumas características dos participantes selecionados e distribuídos nas Condições 1 (Consultório) e 2 (Domicílio), ao que trata a literatura sobre a prevalência, comorbidade e critérios diagnósticos. A pesquisa também previu e efetivou a reversão do contexto de intervenção entre as díades nas duas condições, porém, em função de problemas técnicos, ocorreu a perda de dados o que inviabilizou a apresentação integral dos resultados do procedimento de reversão conforme delineamento inicial.

O cuidado evidenciou-se, em primeiro momento, na escolha do gênero das quatro crianças participantes, três do sexo masculino e uma do sexo feminino, uma vez que a literatura, segundo Schwartzman (2001), aponta que o sexo masculino é o gênero onde ocorre maior incidência de TDAH, prevalecendo sobre o sexo feminino, em uma proporção de três meninos para cada menina.

Embora não tenha sido uma preocupação inicial na seleção dos participantes, os resultados obtidos com o questionário CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) aplicado posteriormente à coleta de dados, demonstraram que todas as famílias das crianças selecionadas enquadravam-se na classe econômica C, o que corrobora com estudos de Vasconcelos (2002) que sugere haver maior tendência em se encontrar portadores de TDAH entre indivíduos de grupos sociais menos favorecidos economicamente.

Faz parte dos critérios diagnósticos de TDAH, a ocorrência da tríade sintomatológica déficit de atenção/hiperatividade/impulsividade, manifestada por mais de seis meses em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento do indivíduo, com evidências de prejuízos clínicos significativos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Tais

sintomas devem estar presentes em pelo menos dois ou mais contextos diferentes da vida do indivíduo e ainda presentes antes dos sete anos de idade (Schwartzman, 2001; Vasconcelos, 2002). Assim, atentou-se em selecionar crianças que tivessem idades entre cinco e nove anos, faixa etária em que elas seguramente já transitam em outro ambiente, como a escola. Do mesmo modo, observou-se nos casos estudados que, a descoberta do diagnóstico ocorreu após a procura por um especialista, o que para a maioria foi entre seis anos de idade. Mesmo os responsáveis tendo relatado através de entrevistas que já haviam notado diferenças comportamentais em suas crianças ao compará-las com outras da mesma faixa etária, só procuraram especialistas após sugestão de algum profissional da escola, inclusive o responsável pela criança que teve diagnóstico precoce (Cr1). Nesse sentido, Topczewski (1999) afirma que nem sempre os pais conseguem identificar nos filhos as características comportamentais típicas de TDAH por considerarem tratar-se de uma fase transitória e por dificuldades de aceitação do diagnóstico. Com isso, tornam-se mais tolerantes, acostumando-se com o ritmo da criança. A escola, assim, acaba sendo o ambiente onde se identifica que o comportamento da criança destoa das demais e onde, também, os pais são orientados pelos profissionais desse contexto a recorrer a um especialista.

Comparando-se o diagnóstico de TDAH emitido pela neuropediatra do hospital universitário, baseado, exclusivamente, em critérios clínicos do DSM-IV para as quatro crianças participantes e os resultados obtidos na primeira aplicação dos instrumentos padronizados (CBCL, TRF e Escala de TDAH-versão para professores), verificou-se que houve correspondência entre o diagnóstico da neuropediatra e as classificações obtidas nas sub-escalas dos instrumentos relacionadas ao TDAH. Além disso, esses instrumentos referidos permitiram identificar que todas as crianças apresentaram outros problemas comportamentais dentre aqueles que são medidos nas sub-escalas.

Esses dados corroboram com a literatura, uma vez que há inúmeras pesquisas que demonstram haver uma alta incidência de comorbidade entre indivíduos com TDAH, como transtorno de conduta, transtorno opositor-desafiante, depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de aprendizagem e abuso e dependência de drogas (Rohde & cols., 2000; Zsobot & cols., 2001).

Entre as crianças que participaram deste estudo, considerando a primeira aplicação do CBCL/TRF, verificou-se que, mãe e professora das crianças da Condição 1 classificaram-nas como tendo problemas de comportamento opositor-desafiante e de conduta, seja no limite clínico ou limítrofe. Porém, após o procedimento e posterior reaplicação do CBCL/TRF, essas mães alteraram sua avaliação, sendo que a mãe de Cr1, para ambos os problemas, classificou

a criança como normal, enquanto a mãe de Cr2, para os problemas de conduta passou de clínico para normal, enquanto que os problemas de comportamento opositor-desafiante passaram de limítrofe para clínico. Destaca-se que, em relação a esse último dado, a mãe de Cr2 passou a ter problemas dessa ordem com o filho desde o momento em que a criança, ao final do procedimento, passou a residir com uma tia. Por outro lado, as professoras de Cr1, para ambos os problemas citados, avaliaram a criança primeiramente como clínica e depois como limítrofe. As professoras de Cr2 (a da primeira e a da segunda aplicação), assim como o pai da criança Cr1, avaliaram estas crianças no limite normal para os problemas de comportamento opositor-desafiante e problemas de conduta.

Considerando-se estes mesmos problemas de comportamento, para a Condição 2, verificou-se que a mãe de Cr3 considerou a criança, tanto na primeira como na segunda aplicação do CBCL, como no limite clínico para os problemas de comportamento opositor-desafiante e conduta. A mãe de Cr4 considerou-a como limítrofe na primeira aplicação quanto a problemas de comportamento opositor-desafiante, modificando sua avaliação para normal na replicação do instrumento. Quanto a problemas de conduta, Cr4 foi avaliada como normal por sua mãe, nas duas aplicações do CBCL. O pai de Cr4, por sua vez, considerou normais os problemas de comportamento na primeira aplicação; na replicação, modificou sua avaliação somente em relação ao problema de comportamento opositor-desafiante, classificando-o como clínico. Para as professoras de ambos os casos, os resultados dos percentis indicaram a presença dos dois problemas de comportamento, em ambas as aplicações do CBCL, à exceção de Cr3 que recebeu da primeira professora a avaliação “normal” para problemas de comportamento opositor-desafiante.

Segundo Rohde e cols. (2000) a incidência de doenças como depressão (15% a 20%), transtorno de ansiedade (em torno de 25%) e transtorno de aprendizagem (10% a 20%) são significativos no TDAH.

No caso das crianças selecionadas para este estudo, quanto aos problemas de comportamento referentes à ansiedade e depressão incluídos na Escala de Internalização do CBCL, apenas uma mãe de cada condição apresentou escores indicando a presença desses problemas na criança (a mãe da Condição 1, na primeira aplicação e a da Condição 2, na replicação). Enquanto para os professores, apenas uma criança da Condição 1: Consultório, na primeira aplicação, foi classificada como limítrofe, passando para normal na replicação. Os demais informantes, em todas as etapas de aplicação classificaram as crianças como normais.

Porém, na Escala orientada pelo DSM do CBCL, ocorreram mais indícios de problemas específicos dentro da sub-escala de problemas de ansiedade entre as crianças

participantes. Na Condição 1, mãe e pai de Cr1 consideraram que a criança apresentava esse problema na primeira e segunda aplicação, enquanto ambas as professoras consideraram a criança como normal. Por outro lado, a outra mãe da mesma condição classificou a Cr2 como normal nas duas aplicações do CBCL em relação à ansiedade, enquanto que a professora da primeira aplicação considerou a criança como limítrofe e, após procedimento, a segunda professora a classificou como normal. Para a Condição 2, somente a mãe de Cr3 apontou a presença de ansiedade na criança, tanto na primeira quanto na segunda avaliação. Por outro lado, os pais de Cr4 classificaram-no como normal nas duas avaliações. Quanto às professoras, a de Cr3 na primeira aplicação classificou a criança como limítrofe e a segunda a classificou como normal; as professoras de Cr4 classificaram a criança, em ambas as aplicações, como limítrofe.

Destaca-se que, na quarta parte do CBCL, na Escala 2007- Padrão ASEBA, todos os informantes avaliaram as crianças, em ambas as condições, seja na primeira ou segunda aplicação do CBCL, sugerindo a presença de problemas de estresse pós-traumático.

No que se refere aos problemas de aprendizagem, na Escala de TDAH/versão para professores, considerando-se as duas aplicações, as duas crianças da Condição 1 apresentaram escores sugerindo problemas de aprendizagem. Na Condição 2, Cr3 ficou dentro da média, enquanto que Cr4 teve escore sugerindo região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno.

As duas crianças da Condição 2 apresentaram escores em comportamento anti-social sugerindo probabilidade de apresentar esse problema, enquanto uma criança (Cr1) da Condição 1 ficou acima da média para esse problema específico.

Dentre as quatro crianças participantes deste estudo, duas (Cr1 e Cr4) apresentavam problemas de linguagem relacionados à dislexia. Nesse sentido, Topczewski (1999) afirma que a dislexia se caracteriza por uma dificuldade específica para a aprendizagem da escrita-leitura, que compromete, de maneira significativa, o desempenho escolar e é uma característica constitucional, determinada geneticamente, o que nem sempre está relacionada com hiperatividade. No entanto, muitas crianças disléxicas apresentam também déficit de atenção que acentua ou desencadeia a hiperatividade, acarretando um quadro comportamental que prejudica ainda mais a capacidade de aprendizagem. Quanto às duas crianças disléxicas, a (Cr1) que apresentou o diagnóstico confirmado obteve escores acima da média na primeira aplicação da Escala do TDAH, tanto para déficit de atenção quanto para hiperatividade/impulsividade, melhorando após o procedimento quanto a déficit de atenção (ficando dentro da média) e piorando para sintomas de hiperatividade/impulsividade

(passando de “acima da média” para “região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno”). Por sua vez, a outra criança (Cr4) que tinha “suspeita” de ter problemas de dislexia apresentou escore indicando estar em “região onde há maior probabilidade da existência do transtorno” na primeira aplicação da Escala, tanto para déficit de atenção quanto para hiperatividade/impulsividade, e, na replicação, para o primeiro sintoma ocorreu uma melhora para acima da média e para os sintomas de hiperatividade/impulsividade manteve-se na mesma classificação.

Estes resultados não corroboram com os achados de Topczewski (1999). Nos casos de Cr1 e Cr4, mesmo tendo ocorrido uma melhora nos escores para o sintoma de déficit de atenção na replicação da escala de TDAH, não houve melhora para os sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Quanto ao uso de medicamento para o controle do TDAH, apenas uma das crianças participantes (Cr3, da Condição 2) submetia-se à intervenção farmacológica. Entretanto, os resultados sugerem que não houve diferença de desempenho entre esta criança e as demais. Por outro lado, destaca-se o fato de Cr3 ter ficado 15 dias sem o uso adequado da combinação medicamentosa à qual era submetido, o que, de acordo com relatos da mãe, alterou alguns sintomas tornando-os mais exacerbados, em especial a hiperatividade e a impulsividade. Neste sentido, Vasconcelos (2002) aponta um estudo realizado em 1998 por Du Paul, Barkley e Connor, no qual o uso de medicação é considerado eficiente na redução de sintomas de TDAH, melhorando inclusive a interação social e os comportamentos agressivos. Porém, Vasconcelos sugere que a farmacoterapia não deve ser o único tratamento indicado para o TDAH, principalmente pelos poucos estudos que existem avaliando a eficácia desse tipo de tratamento por longo prazo, havendo ainda a sugestão de que os efeitos positivos não são mantidos após suspensão do tratamento.

No que se refere aos resultados obtidos por meio das duas aplicações dos instrumentos padronizados, verifica-se quanto à primeira aplicação do CBCL que, para os pais, as crianças da Condição 1 tiveram classificações ligeiramente mais comprometidas quando relacionadas às sub-escalas de *competência social* do que as crianças da Condição 2. Para as professoras, as crianças da Condição 2 obtiveram classificação mais comprometida quanto ao *desempenho acadêmico* e total geral do *funcionamento adaptativo* em relação às crianças da Condição 1. No entanto, os resultados dos escores gerais e a classificação na replicação do instrumento demonstraram que as crianças da Condição 1 tiveram melhora na avaliação no que se refere à Escala de Competência Social em comparação às crianças da Condição 2.

Os dados demonstraram que, na primeira parte do CBCL/TRF (competência social e desempenho acadêmico, ver Tabelas 23 e 24), de acordo com os pais, as crianças da Condição 1 iniciaram o estudo com classificações mais comprometidas do que as crianças da Condição 2. Ao final do estudo, estas crianças melhoraram mais essa classificação ao serem comparadas às crianças da Condição 2, além de manterem classificações melhores em relação à avaliação dos professores. Tais resultados sugerem que as crianças da Condição 1 foram mais sensíveis ao procedimento, alterando de alguma forma para melhor as competências sociais, segundo os pais, e o desempenho acadêmico e funcionamento adaptativo na escola, segundo os professores.

Após a intervenção, verificou-se que as classificações das crianças da Condição 1: Consultório nas sub-escalas de Internalização melhoraram em termos de terem classificações mais favoráveis. Porém, as crianças da Condição 2: Domicílio continuaram tendo classificações melhores do que as da Condição 1 de acordo com a avaliação dos pais, embora para os professores, na mesma escala, as crianças da Condição 2 continuaram tendo classificações ligeiramente menos favoráveis do que as da Condição 1.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que, os comportamentos ligados à escala de *Internalização* (ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas), ao final do estudo, foram avaliados de modo mais positivo principalmente para as crianças da Condição 1. O mesmo não foi observado quanto aos comportamentos da escala de *Externalização*, exceto pela professora de Cr2 (que passou de clínico para limítrofe). A justificativa para esses resultados pode estar relacionada ao fato de que as sub-escalas de *Internalização*, individualmente, foram aquelas que obtiveram melhores índices de classificações, ou seja, dentro da normalidade e menos limítrofes e clínicos, o que não ocorreu com as sub-escalas de problemas comportamentais de *Externalização*, onde os informantes apontaram mais classificações como clínico e limítrofe. Ou seja, os comportamentos externalizantes são áreas mais comprometidas e o procedimento tal como foi delineado não produziu alteração desses comportamentos em curto espaço de tempo.

Na Escala orientada pelo DSM e a Escala 2007, verificou-se que, na primeira aplicação, os pais da Condição 1 apresentaram classificações mais e os professores menos comprometedoras para as crianças quando comparadas às classificações obtidas com os informantes da Condição 2. Na replicação, verificou-se que, para a Escala orientada pelo DSM, as classificações da Condição 1 melhoraram para os informantes pai/mãe e mantiveram-se mais favoráveis para as professoras quando comparadas às classificações dos informantes da Condição 2, que, por sua vez mantiveram as piores classificações.

Para a Escala 2007, as crianças da Condição 1 mantiveram classificações comprometedoras na percepção dos pais, enquanto que para os professores houve uma discreta melhora na classificação da Condição 2 comparada à Condição 1. Vale salientar que, das três sub-escalas que fazem parte da Escala 2007, a que apresentou melhora maior na classificação foi a sub-escala *estresse pós-traumático*, principalmente para os informantes professores, comparadas às demais sub-escalas (tempo cognitivo lento e problemas compulsivo-obsessivo) que mantiveram, na maioria dos informantes, as mesmas classificações anteriores para ambos os grupos. Tais dados sugerem que na sub-escala estresse pós-traumático tenha ocorrido alguma alteração benéfica em respostas dessa classe, generalizada para o contexto escolar.

Na Escala de TDAH versão para professores, onde se destacam quatro problemas comportamentais, os dados obtidos na primeira aplicação do instrumento, tendo como informantes as professoras, demonstraram que as crianças da Condição 2 tiveram classificações menos favoráveis em três problemas comportamentais (hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento anti-social) contra um problema comportamental da Condição 1 (déficit de atenção). Na replicação, verificou-se que as crianças da Condição 2 mantiveram a mesma classificação da primeira aplicação em todos os problemas comportamentais, excetuando pelo problema de déficit de atenção em que a Cr4 apresentou uma sutil melhora, passando de “região onde há maior probabilidade de apresentar o transtorno” para “acima da expectativa”.

De acordo com os resultados da Escala de TDAH-versão para professores, a área em que houve maior prevalência de melhora foi a referente ao problema de déficit de atenção, pois, das quatro crianças, duas (Cr1 e Cr4) melhoraram sua classificação da primeira para a segunda aplicação do instrumento e uma (Cr3) manteve a sua classificação como boa. As duas crianças (Cr1 e Cr3) que tiveram melhoras na classificação foram para as áreas de problemas de aprendizagem com uma melhorando a sua classificação e a outra mantendo sua classificação como boa.

Os dados ainda sugerem que, para as crianças da Condição 2 não foi identificado efeito de generalização de algum benefício da intervenção para o contexto escolar, uma vez que a Cr3 manteve as mesmas classificações e, na Cr4, somente se percebeu uma melhora na área de déficit de atenção, mas ainda em uma classificação comprometedoras. Por outro lado, nas crianças da Condição 1, houve identificação de algum efeito de generalização, visto que das crianças participantes, a Cr1 apresentou melhora na área do déficit de atenção e problemas de aprendizagem e a Cr2 no comportamento anti-social.

Vale destacar que esses dados não corroboram com a literatura que indica que as psicoterapias utilizadas com crianças e adolescentes, baseadas em estudo clínico controlado (como a terapia cognitivo-comportamental individual e com familiares, a terapia de apoio a pacientes e familiares seguindo modelo educacional, o treinamento comportamental para familiares, o *biofeedback*, a biblioterapia e o treino de habilidades sociais), são modelos que demonstram ser bastante eficientes na redução da hiperatividade e dos problemas de conduta, porém, isso não ocorreria com os sintomas de desatenção, o que exigiria a intervenção medicamentosa (Grevet, Abreu & Shansis, 2003).

O presente estudo demonstrou ter ocorrido algum efeito de generalização mesmo que mínimo (somente para uma das duas crianças da Condição 1) justamente na área referente a problemas de desatenção e não se observou generalização ou benefício para os sintomas de hiperatividade/ impulsividade.

Sugere-se que o contexto de intervenção no qual cada díade submeteu-se tenha, de alguma forma, influenciado nesses dados. No contexto domiciliar (Condição 2), a criança se encontrava em seu próprio ambiente natural, que é considerado como um dos mais propícios à ocorrência dos comportamentos os quais os pais se queixam. Por sua vez, o consultório, enquanto um ambiente externo e mais controlado, talvez apresente características mais próximas ao contexto da escola, com suas próprias regras formais e bem definidas mediando as relações que são estabelecidas. Isso talvez tenha influenciado a porcentagem de identificação de efeitos de generalização somente para as crianças submetidas ao procedimento em ambiente de consultório (Condição 1).

Esses dados remetem às proposições de Vasconcelos (2002) quando considera as dificuldades que as crianças que são portadoras de TDAH têm em generalizar os efeitos benéficos do tratamento para outros ambientes não envolvidos no processo de intervenção. Assim, sugere-se que nos ambientes de intervenção possam se produzir condições as mais semelhantes possíveis com àquelas dos ambientes não envolvidos no processo, ou que se desenvolva, como sugere Vasconcelos (2002), tratamentos comportamentais em “*settings* naturais” onde os comportamentos são emitidos, o que pode facilitar a ocorrência de ganhos terapêuticos para outros ambientes, onde não ocorreram intervenções (generalização).

No que se refere aos comportamentos das crianças observados diretamente nas sessões, verificou-se que nenhuma delas conseguiu descrever satisfatoriamente as regras de atendimento sem ajuda da TP. Discutisse que isto já era previsível, considerando-se a faixa etária, grau de instrução e história de vida de pouca exposição às exigências de descrição de regras em seu contexto natural pela comunidade verbal, dados esses obtidos nas entrevistas.

Por outro lado, constatou-se que não houve diferença numérica entre os participantes das duas condições em relação tanto às descrições satisfatórias com ajuda da TP quanto às descrições insatisfatórias. Sugere-se, então, que as variáveis relacionadas à intervenção em contextos distintos (consultório e domicílio) parece não ter influenciado no aumento ou na diminuição de habilidades de descrições das regras de atendimento.

Em se tratando do desempenho das crianças nas descrições das regras ao longo das sessões, verificou-se que ocorreu decréscimo na qualidade das descrições à medida que elas foram aumentando o nível de complexidade e extensão. Tal resultado, observado pelo registro de todas as crianças descrevendo insatisfatoriamente a partir da quarta sessão, está de acordo com o que Albuquerque e Ferreira (2001) postulam sobre quanto maior a extensão da regra, maior a possibilidade de interferência no seguimento da regra. Pode-se, então, supor pela mesma lógica que haja uma possibilidade menor de uma descrição qualitativamente adequada em função da extensão da regra. Do mesmo modo equivale os postulados de Skinner (1978, citado por Albuquerque & Ferreira, 2001) sobre comportamento verbal quando reconhece que à medida que uma instrução se torna mais complexa, pode chegar a um ponto no qual o ouvinte será incapaz de segui-la de forma apropriada. Tal lógica serve para análise também da qualidade das descrições de atendimento das mães que serão discutidas mais adiante.

A análise dos comportamentos apresentados pelas crianças durante as sessões de intervenção permitiu ainda demonstrar que as crianças submetidas ao procedimento em contexto de consultório (Condição 1) apresentaram mais ocorrências de comportamentos de autocontrole do que as crianças que foram submetidas ao procedimento em ambiente de domicílio (Condição 2). Por sua vez, as crianças da Condição 2 apresentaram mais ocorrência de comportamentos de hiperatividade/impulsividade do que as da Condição 1. Deve-se considerar o fato de que, ao serem inseridas no procedimento, eram justamente as crianças da Condição 1 que apresentaram piores escores no CBCL para os informantes mãe e pai, enquanto que para as professoras, tanto no CBCL como na Escala de TDAH versão para professores, foram as crianças da Condição 2 que tiveram classificações mais desfavoráveis. Vale destaque para duas crianças, a saber: a Cr2 (Condição 1) foi aquela que apresentou significativa ocorrência de comportamentos de autocontrole; inversamente, a Cr3 apresentou maior ocorrência de comportamentos de hiperatividade/impulsividade, comparadas às demais crianças.

Um outro dado significativo foi a não ocorrência, em nenhuma das condições, de que a criança tenha abandonado a tarefa, considerando o fato de que se tratavam de crianças que apresentavam comportamentos disruptivos. Tal resultado sugere que as crianças, durante os

jogos, apresentaram comportamentos menos comprometedores diante das frustrações de não serem tão bem sucedidas nas tarefas, como, por exemplo, interromperem tarefas ao invés de abandoná-las durante o procedimento.

Os dados ainda demonstraram que as crianças seguiram mais regras de atendimento do que as de tarefa, sendo que as crianças da Condição 2 seguiram mais as instruções de atendimento do que as da Condição 1. Por sua vez, as crianças da Condição 1 seguiram mais as instruções da tarefa do que as da Condição 2. Esse dado pode estar respaldado no fato de que as crianças de ambas as condições descreveram com mais frequência as instruções de atendimento, seja espontaneamente ou sob solicitação da TP, do que as instruções da tarefa.

Dados de observação demonstraram também que algumas crianças descreviam tanto espontaneamente como sob solicitação da TP as instruções de atendimento e de tarefa. Porém, as descrições feitas pela TP no início do procedimento e as feitas pelas próprias crianças espontaneamente durante o procedimento indicaram que elas foram insuficientes para o controle do comportamento de hiperatividade/impulsividade uma vez que estas crianças emitiram comportamentos de burlar as instruções. Este resultado sugere que elas estavam muito mais sensíveis às contingências do que às descrições das regras, o que corresponde às considerações de Barkley (2002) sobre as dificuldades que crianças de TDAH têm em seguimento de regras/instruções.

Neste estudo, as crianças eram participantes ingênuas uma vez que se submetiam pela primeira vez às condições tal como foram delineadas, com regras bem claras e especificadas, porém extensas a cada início de sessão e descritas novamente em todas as ocasiões em que o comportamento da criança sugeria à TP a necessidade de repetição da descrição. Não havia em suas histórias prévias a exposição a esse modelo de estabelecimento de regras, além de uma história antecedente, marcadas por contingências aversivas no controle de comportamentos e de escassa presença de reforçamento social para correspondência entre a regra e o comportamento por ela descrito. Tais suposições concordam com Meyer (2005) que afirma que, sem repertório de seguimento de regras são prováveis as ocorrências de padrões desordenados de respostas; com Barkley (2002), que relaciona déficits em habilidade verbal à impulsividade, e com Albuquerque e Ferreira (2001), que destacam em seu estudo variáveis que interferem no seguimento ou não das regras.

Vale esclarecer ainda que, a resposta especificada na regra que mais houve emissão de comportamento verbal descritivo das crianças e mais seguimento no decorrer das sessões foi a de guardar o brinquedo. Isto pode ter ocorrido pelo fato de ter sido a regra mais presente na descrição desde o início até o término do procedimento. Tal dado pode corresponder às

afirmações de Meyer (2005) que ressalta a necessidade do indivíduo em aprender a entender as regras para poder segui-las. No caso das crianças, a regra de guardar o brinquedo, parece ter sido entre todas as contidas na regra maior, a mais entendida, portanto, a mais descrita e a seguida pelas crianças.

Especificamente em relação às crianças, observou-se que durante as sessões a TP repetia as regras de atendimento quantas vezes fossem necessárias, objetivando melhor entendimento e qualidade nas descrições. No entanto, as crianças, na maioria das vezes, ao serem solicitadas a descrever o entendimento que tiveram, se limitavam a emitir comportamentos verbais curtos, demonstrando inquietação e pressa em encerrar esse passo da sessão para obterem acesso com brevidade à escolha e o executar a tarefa. Esses comportamentos correspondem ao que Neef e cols. (2005) sugerem sobre a capacidade diminuída que a criança com TDAH tem de expor-se à demora de reforçamento e ao fato de que as conseqüências adiadas não são reforçadoras em si. Tais comportamentos podem estar relacionados com o sintoma de impulsividade que faz parte da tríade sintomatológica (desatenção, hiperatividade e impulsividade) do transtorno das quais essas crianças são portadoras (Cypel, 2000; Rohde e cols., 2000; Silvia, 2003; Szobot e cols., 2001; Vasconcelos, 2002).

Assim, supõe-se que o acesso e a exposição aos brinquedos durante o procedimento de intervenção foram considerados pelas crianças como um evento reforçador, ao qual elas queriam ser expostas “o mais rápido possível”. Soma-se a isso a hipótese de a história de vida dessas crianças ser marcada por pouca exposição à descrição de regras qualitativas como prática de controle antecipatório na execução de atividades que requeiram seguimento de regras, como os jogos selecionados para este estudo.

Observou-se, ainda, que, nas duas sessões de observação direta de atividades livres, as crianças pelos critérios das regras do atendimento tiveram mais acesso e brincaram com uma quantidade maior de brinquedos dentro de um espaço mais curto de tempo. Tal resultado ocorreu uma vez que as crianças não eram obrigadas a concluir a tarefa anterior, comportamentos esses que convergem com os resultados de um estudo sobre curiosidade em relação aos brinquedos e tempo gasto nas atividades por crianças com TDAH citados por Barkley (2002).

Talvez esse dado possa estar relacionado ao fato de que, de um modo geral, observou-se que aqueles brinquedos que possuíam propriedades físicas (como cor e forma) visivelmente mais atraentes, como o Jogo da Memória, o Pula Macaco, os Morcegos Equilibristas e o Jogo do Money, assim como aqueles que possuíam como características um nível de complexidade

mais simples e com menos tempo para sua execução, como é o caso do Jogo do Dominó e Massa de Modelar, formam os brinquedos mais escolhidos entre as crianças.

Por outro lado, quando, a partir da terceira sessão, se oportunizou para as mães a escolha do segundo brinquedo, observou-se que as crianças apresentavam mais comportamentos de hiperatividade/impulsividade quando suas mães preferiam e mantinham suas escolhas em brinquedos que divergiam dos seus interesses. Esse dado acorda com o que Barkley (2002) e Goldstein e Goldstein (2001) afirmam sobre a predisposição de crianças com TDAH permanecerem mais em tarefas de seu interesse.

Barkley (2002) ressalta a necessidade que a criança com TDAH tem de atividades novas, estimulantes e desafiadoras, devido às dificuldades de fixarem sua atenção por mais tempo, principalmente em atividades mais longas ou que se apresentem mais maçantes, repetitivas e tediosas, o que se sugere que seja considerado em qualquer intervenção.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam que as crianças do contexto de consultório (Condição 1) mantiveram, a partir da segunda sessão até o final do procedimento, estabilidade nas descrições das sessões como satisfatórias, diferentemente daquelas do contexto de domicílio (Condição 2), sugerindo que as mesmas tiveram mais habilidades em descrever as contingências presentes durante o atendimento. Porém, essas descrições se restringiam aos estímulos presentes na sessão, como os brinquedos e o fato de terem brincado ou não com eles, e não descrições mais qualitativas relacionadas aos comportamentos que apresentaram durante a sessão, principalmente os inadequados e as conseqüenciações para o seguimento ou não das regras e mudanças discriminadas.

No que se refere aos pais, serão discutidos a seguir os resultados do Inventário do Estilo Parental- IEP, cuja aplicação e replicação demonstraram que, com exceção da M2 (que manteve seus escores semelhantes em ambas as aplicações), todos os outros responsáveis aumentaram os itens relacionados às praticas educativas positivas, tanto para monitoria positiva quanto para comportamento moral. Tal resultado sugere que o procedimento foi eficaz no aumento de práticas parentais educativas positivas, inclusive para aqueles que não participaram efetivamente da intervenção (no caso, os pais), o que de alguma forma sugere que a mãe pode ter servido como modelo no ambiente natural para adesão às outras práticas educativas mais adequadas no lidar com a criança pelos pais. Isto remete à possibilidade de ocorrência do efeito modelador, exposto por Bandura (1979).

Em se tratando das duas condições na aplicação do IEP, os dados demonstram que as mães da Condição 1 apresentaram, antes do procedimento, um escore muito maior tanto em relação às práticas educativas positivas como nas negativas em comparação às mães da

Condição 2. Este resultado não foi observado entre os pais uma vez que o pai da Condição 2 apresentou maiores escores tanto nas práticas educativas positivas como nas negativas do que o pai da Condição 1, demonstrando a possibilidade de coexistência das duas práticas positivas e negativas no casal como afirmam Salvo e cols. (2004), como também no próprio indivíduo. Após o procedimento, ocorreu um aumento nos escores em relação às práticas educativas positivas das mães de ambiente de domicílio, embora tenha sido identificada na totalidade que houve um ligeira diferença mais favorável para as mães da Condição 1, comparadas as da Condição 2. Em relação aos pais, seus escores em relação às práticas educativas positivas, após o procedimento, tiveram equidade na prática educativa de monitoria positiva para ambos em cada condição. Na prática positiva correspondente a comportamento moral, o pai da Condição 1 manteve um escore um pouco maior do que o pai da Condição 2, embora ambos tenham tido ocorrência de aumento de escores nessa prática.

No que se refere às práticas educativas negativas, somente uma mãe da Condição 1 (M2) reduziu significativamente os escores em todos os cinco itens relacionados às práticas educativas negativas, enquanto os demais tiveram reduções em alguns itens e outros não. Vale ainda esclarecer, que, com exceção de M2 e de P4, todos os outros quatro informantes de alguma forma tiveram acréscimos de pontos em monitoria negativa, enquanto nas demais práticas negativas houve aumento e diminuição de forma idiossincrática. Nesse sentido, destaca-se M2, que foi, dentre todos os informantes ao início do estudo, a que obteve piores escores nas práticas educativas negativas, obtendo, com isso, o índice de estilo parental-iep mais negativo comparado com os demais, e, muito embora suas práticas educativas positivas tenham se mantido na primeira e segunda aplicação, seus escores em práticas negativas tiveram decréscimo significativo. Comparativamente, seu filho (Cr2) foi quem apresentou, dentre todas as crianças, os escores mais significativos de ocorrência de comportamentos de autocontrole. Supõe-se que haja alguma correlação entre a manutenção das práticas educativas positivas e a redução das negativas observadas em M2 e a ocorrência de comportamentos de autocontrole em Cr2.

Por outro lado, constatou-se um aumento geral nas práticas educativas positivas, ocasionando melhora no índice de estilo parental na maioria dos informantes, embora, na maioria dos casos, foi insuficiente para promover a saída de um limite de risco maior ou de uma zona regular abaixo da média.

Tal dado é significativo uma vez que, geralmente, o ambiente familiar das crianças com TDAH é caracterizado por contingências aversivas, sendo um dos primeiros pontos de intervenção o aumento de frequência do reforço positivo para a criança e apresentados de

maneira mais imediata. Esse direcionamento se remete à abordagem construcional proposta por Goldiamond (1975) que parte da premissa de que os comportamentos geradores de algum nível de aversividade para o próprio indivíduo e/ou demais pessoas podem ser reduzidos de frequência à medida que se enfoca para a construção de repertórios mais adaptados, aumentando-os de frequência.

No que tange aos comportamentos das mães, verificou-se, quanto ao cumprimento do agendamento das sessões (cujas categorias foram construídas considerando-se os itens relacionados à pontualidade, atraso, falta com e sem justificativa, transferências feitas pela TP e pela mãe), que ocorreram menos categorias desfavoráveis entre as díades da Condição 2 e mais nas da Condição 1. Sugere-se que há duas variáveis em questão a considerar, a saber: (a) o fato da terapeuta-pesquisadora ter possibilidade de um maior controle por depender dela o custo da resposta de ir ao domicílio dos participantes da Condição 2; (b) custo de resposta ser muito maior para as díades da Condição 1 em função do deslocamento até o local onde ocorreria a sessão, havendo ainda menos controle de variáveis externas, que impediam ou retardavam a chegada dos participantes dessa condição.

No que se referem às descrições das regras de atendimento, os dados revelam que uma mãe especificamente fez a diferença no escore um pouco mais elevado das mães da Condição 2 sobre as da Condição 1, quando se tratou das descrições das regras de atendimento sem a ajuda da TP. Contrastando, a outra participante dessa mesma condição descreveu insatisfatoriamente as regras de atendimento em todas as sessões. Quanto às demais participantes das duas condições, elas não diferiram nas descrições de atendimento insatisfatórias, enquanto que as descrições satisfatórias com ajuda da TP constam apenas entre as mães da Condição 1.

Considerando as descrições, em termos qualitativos, no decorrer de cada sessão realizada, observou-se que na primeira sessão três das quatro mães participantes (duas de ambiente de consultório e uma de ambiente de domicílio) descreveram satisfatoriamente as regras de atendimento sem ajuda da TP, enquanto que uma mãe de ambiente de domicílio (Condição 2) descreveu insatisfatoriamente. A partir de então, foi reduzindo-se o número de mães que conseguiram descrever satisfatoriamente as regras de atendimento sem e com ajuda da TP, até chegar à penúltima e última sessões em que três das quatro mães descreveram insatisfatoriamente as regras de atendimento. Discute-se que esses dados referentes ao desempenho das mães nas descrições possam estar relacionados ao grau de instrução, principalmente, no caso especificamente das duas mães da Condição 2, uma que se sobressaiu pela sistemática qualidade nas descrições em todas as sessões e outra pelo déficit nessa

qualidade, uma vez que a primeira apresentava nível superior, enquanto a segunda, ensino fundamental incompleto. Sugere-se que, nos casos em que pais tenham nível de instrução baixo, com dificuldades no entendimento das instruções e em descrevê-las, se construa um planejamento terapêutico que preveja a utilização de recursos técnicos alternativos que considerem a limitação de ordem instrucional, visando minimização dos seus possíveis efeitos negativos, o que pode exigir um tratamento mais prolongado, dependendo de cada caso. Um exemplo desse prejuízo pode ser citado pela ocorrência da não utilização das fichas de monitoramento em função do inadequado preenchimento dos dados referentes a esse instrumento.

Comparando-se o desempenho de cada díade em relação à qualidade das descrições das regras de atendimento, observa-se que a partir da quarta sessão ocorre um decréscimo nessa qualidade tanto nas descrições das mães como no das crianças, pois, exceto por uma participante, todos os outros descreveram insatisfatoriamente as regras de atendimento. Discute-se que a complexidade e extensão do conteúdo da regra principal, medidas pelos números de diferentes respostas descritas na própria regra, que se ampliaram a partir da quarta sessão, tenham interferido no decréscimo da qualidade das descrições das regras de atendimento, tanto das mães como nas das crianças, uma vez que a partir dessa sessão referida ocorreu a inserção de um equipamento de gravador, que passou a fornecer um comando e algumas orientações foram inseridas na regra principal. A discussão desses dados são os mesmos explicitados anteriormente sobre os comportamentos de descrição qualitativas das crianças

No que se refere à discussão dos comportamentos apresentados pelas mães durante as sessões, verificou-se, de um modo geral, que nas práticas educativas positivas correspondentes à monitoria positiva houve um equilíbrio entre as duas condições uma vez que, das seis categorias cada condição teve três escores de prevalência uma sobre a outra. No entanto, quanto às práticas educativas positivas correspondentes a comportamento moral, a prevalência ficou com as mães da Condição 1 sobre as da Condição 2. Por sua vez, em todas as categorias enquadradas dentro das práticas educativas negativas ocorreu supremacia de escores das mães da Condição 2 sobre as da Condição 1.

Nota-se, assim, que independentemente de qual condição tem a prevalência, o treino de intervenção comportamental teve como eficácia principal a produção de práticas educativas mais positivas em todas as mães (exceto M2 que manteve o mesmo nível de práticas positivas, diminuindo acentuadamente as práticas negativas), o que corrobora com outros estudos cujo delineamento trouxe contribuições na melhoria das relações de um dos

pais ou ambos os pais e as crianças, como os de Brzuszkiewicz e cols., (2006); Eisenstadt e cols., Eyberg, McNeil, Newcomb e Funderburk (1993); Hartman et cols., Stage e Webster-Stratton (2003); Sonuga-Barke e cols., Daley e cols., Thompson, Laver-Bradbury e Weeks (2001); Danforth e cols., Harvey, Ulaszec e Mckee (2005); Anastopoulos e cols., Shelton, Dupaul e Guevremont (1993), Fabiano e cols., (2003), e Erhardt e Baker (2002).

Os escores das categorias de práticas educativas positivas e negativas revelaram que as mães da Condição 2 tiveram maior ocorrência de comportamentos inconsistentes diante de condições de estabelecimentos de regras/limites e conseqüenciações para os comportamentos das crianças do que as mães da Condição 1.

Vale considerar que, as mães da Condição 1 tiveram, na avaliação inicial, escores mais favoráveis em relação às práticas positivas (que aumentaram de frequência após a intervenção) e escores menos favoráveis uma vez que tiveram maior escore de práticas educativas negativas. Porém, durante o procedimento de intervenção, comparadas às mães da outra condição, as da Condição 1: Consultório apresentaram menos ocorrências de práticas educativas negativas. Sugere-se então, que o contexto de alguma forma pode ter influenciado para que as mães submetidas a ambiente de consultório tivessem comportamentos mais sociáveis e as mães submetidas ao ambiente de domicílio, por estarem em seu contexto natural, apresentassem comportamentos menos sociáveis, baseando suas intervenções com as crianças em contingências aversivas muito mais do que as mães da Condição 1.

Por outro lado, as altas taxas de categorias de respostas presentes em ambas as condições, tanto para conseqüenciar adequadamente comportamento da criança incompatível com a tarefa quanto para conseqüenciar inadequadamente comportamento da criança incompatível com a tarefa, demonstram ainda que as mães apresentaram, durante o procedimento de intervenção, comportamentos de tomar o controle, seja de forma apropriada ou não, muito mais em termos de ocorrência do que outros comportamentos, o que corresponde ao que foi afirmado por Barkley (2002) sobre as mães de crianças com TDAH apresentarem mais comportamentos de controlar do que mães de crianças sem TDAH.

Por último, quanto às verbalizações das mães sobre como foi cada sessão, medida pelo grau de satisfação com o atendimento, verificou-se que as mães em ambiente de consultório verbalizaram mais do que as de ambiente domiciliar que a sessão foi satisfatória. Nesse sentido, vale considerar que as crianças da Condição 2: Domicílio foram as que apresentaram maior ocorrência de comportamentos de hiperatividade/impulsividade. Por sua vez, para as descrições das sessões como insatisfatórias, baseada nas descrições muito mais de aspectos negativos da criança na sessão, somente ocorreu verbalizações na Condição 2,

especificamente da M3, cujo filho foi aquele que apresentou, dentre as demais crianças, mais ocorrências de comportamentos de hiperatividade/impulsividade. Quanto às descrições das sessões como parcialmente satisfatórias, ocorreram sem diferenciação para ambas as condições.

Embora a amostra tenha sido reduzida, pode-se afirmar que o método utilizado teve efeito na aquisição, manutenção e aumento de práticas educativas positivas entre os pais de ambas as condições (consultório e domicílio), embora se reconheça que não tenha sido suficiente para reduzir as práticas educativas negativas, excetuando, como vimos, a M2.

Quanto às crianças, considerando-se os instrumentos padronizados utilizados, observou-se que o procedimento produziu efeito na melhora de classificações de alguns problemas comportamentais identificados nas sub-escalas das Escalas maiores contidas no CBCL e TRF, porém não em outros. Os dados desses instrumentos indicam que as crianças submetidas a contexto de consultório foram mais sensíveis ao experimento, quando comparadas às do contexto domiciliar, uma vez que a replicação dos instrumentos demonstraram alterações ou manutenção de classificações mais positivas nas escalas de competência social, nas sub-escalas da Escala de Internalização e das sub-escalas da Escala do DSM. Em ambas as condições, na sub-escala de estresse pós-traumático da Escala 2007, a maioria das crianças apresentaram alterações, melhorando suas classificações na segunda avaliação.

Quanto aos professores, do mesmo modo, os resultados da Escala de TDAH versão para professores, sugerem que o método foi eficaz na produção de algum efeito de generalização para as crianças da Condição 1 nas áreas de déficit de atenção e problemas de aprendizagem (Cr1) e comportamento anti-social (Cr2), porém, para as crianças da Condição 2 aparentemente não se identificou benefício. No TRF, nas sub-escalas específicas de TDAH (problemas com a atenção, comportamento opositor, comportamento agressivo, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas desafiante-opositor e problemas de conduta), verificou-se que ocorreu melhora nas classificações para os problemas de comportamento desafiante-opositor, problemas de conduta, comportamento agressivo e comportamento opositor, mas não de modo linear entre os participantes, o que sugere que o procedimento não foi suficiente na promoção de generalização de benefícios de modo mais abrangente tanto em termos dos comportamentos como dos participantes.

Sabe-se, no entanto, que essa avaliação das professoras teve um fator desfavorável que foi o fato de na replicação as informantes não terem sido as mesmas da primeira aplicação, o que contribuiu para que, nesse aspecto, o estudo não tivesse uma avaliação longitudinal.

Porém, o fato de as professoras da replicação serem consideradas como “avaliadoras cegas”, por justamente não conhecerem previamente os instrumentos e os resultados da primeira aplicação, faz com que suas informações sejam mais confiáveis.

O estudo teve como limitação permitir somente uma avaliação comparativa entre as crianças dos dois contextos no que se refere às ocorrências dos comportamentos de autocontrole e de hiperatividade/impulsividade, porém, não permitiu uma avaliação de ocorrência de redução dos comportamentos de hiperatividade/impulsividade e aumento de comportamentos de autocontrole ao longo das sessões. Essa avaliação intrasujeito só seria possível a partir da análise de estudos de casos, que não foi o objetivo desse estudo. Porém, os dados obtidos poderão subsidiar um estudo mais aprofundado de doutorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidentemente, a amostra desse estudo foi pequena e os dados obtidos são indicativos dos efeitos de um treino parental na ocorrência de comportamentos de autocontrole e de hiperatividade/impulsividade em crianças com TDAH, assim como no aumento de práticas educativas positivas e redução de práticas negativas pelos pais.

Como contribuição, o estudo demonstrou que é possível efetivar uma pesquisa em ambiente natural (no caso, o domicílio), dentro do modelo e de critérios científicos. Além disso, demonstrou que o contexto de consultório é de fato um ambiente eficaz de intervenção, capaz de promover mudanças nos comportamentos, uma vez que a aplicação e replicação dos instrumentos demonstraram maiores benefícios nos participantes da Condição 1: Consultório.

Por outro lado, percebe-se que as dificuldades de controle de comportamentos inadequados são maiores para os pais em ambiente domiciliar. Por isso, considera-se que intervenções em ambiente natural devem ser planejadas no processo terapêutico como modelo de apoio aos pais e aos professores. Desse modo, sugere-se que, inicialmente as intervenções ocorram em ambiente de consultório e, posteriormente, em ambientes naturais.

Por outro lado, o treino parental demonstrou ser efetivo na aquisição, fortalecimento e manutenção de práticas educativas positivas em todas as mães. Este estudo demonstrou que treino parental pode influenciar beneficentemente os comportamentos de crianças com TDAH e a relação mãe-criança, uma vez que pode ajudar na substituição ou redução de controle de comportamentos baseado em contingências aversivas e favorecer a ocorrência de práticas parentais mais reforçadoras.

Neste estudo, o instrumento utilizado para avaliar os estilos parentais, o IEP, demonstrou ser útil para identificar dificuldades dos pais de controle dos comportamentos inadequados dos filhos. As classificações sugeridas no inventário podem nortear intervenções sistemáticas com pais de crianças com TDAH. Segundo Gomide (2006), para pais que foram classificados em *Estilo Parental acima da média*, aconselha-se a leitura de livros de orientação para pais para aprimoramento das práticas parentais; para pais que se enquadraram no *Estilo Parental abaixo da média*, aconselha-se participação em grupos de treinamento de pais e para pais que se enquadram em *Estilo Parental de risco*, o caso dos pais participantes deste estudo, aconselha-se a participação em programas de intervenção terapêutica, em grupos, de casal ou individualmente, especialmente desenvolvidos para pais com dificuldades em práticas educativas nas quais possam ser enfocadas as conseqüências do uso de práticas negativas em detrimento das positivas.

Este estudo também demonstra o quanto essas avaliações prévias podem validar e tornar mais fidedignos os resultados de um estudo.

Outra contribuição deste estudo se refere ao destaque dado aos jogos de regras utilizados na interação mãe-criança. Os resultados obtidos sugerem que relevantes dados para análise são obtidos quando se observa comportamentos presentes na interação entre mãe e criança a partir da mediação de uma tarefa lúdica, uma vez que alguns brinquedos, pela dinâmica que estabelecem no jogar, propiciaram uma maior emissão de comportamentos motores e verbais, como risos, gargalhadas, comentários, como é o caso do “Morcegos Equilibristas”, os quais são considerados favoráveis à interação entre mãe e filho. Por sua vez, no “Pula-Macaco”, por ser um jogo em que a criança necessita arremessar o macaquinho pelo braço à copa de uma árvore, cujo sucesso é intermitente, observa-se que a criança fica exposta a uma condição aversiva, geradora de frustração em curto espaço de tempo. Esta característica do brinquedo favorece a emissão de comportamentos socialmente incompatíveis com o contexto, como burlar regras tanto de atendimento como da tarefa, propiciando às mães contextos favoráveis para intervenções.

Em psicoterapia infantil, esse dado de observação é significativo, pois sugere a necessidade de critérios bem definidos na escolha dos brinquedos, considerando-se o objetivo de cada sessão. Brinquedos como jogos de regras podem ser mediadores nas interações e podem influenciar na emissão ou não de determinados comportamentos os quais se planeja aumentar ou reduzir de freqüência, podendo, assim ser um instrumento imprescindível do processo terapêutico em crianças com TDAH. Desse modo, sugere-se a realização de mais estudos que avaliem a dinâmica que os brinquedos promovem na relação entre os jogadores e

os comportamentos mais prováveis de emissão diante desses estímulos lúdicos para fins de planejamento terapêutico.

Além disso, como contribuição às futuras pesquisas, alguns questionamentos se fazem necessários, como: um procedimento mais prolongado, com orientações parentais de forma sistemática pode influenciar em uma maior redução de práticas educativas negativas dos pais? A redução e a qualidade das instruções de atendimento podem produzir maior qualidade nas descrições, sejam da mãe ou, principalmente, das crianças, propiciando um maior seguimento das regras por parte das crianças? Como reagiriam as crianças submetidas ao mesmo procedimento, caso tivessem oportunidade de não contar com a presença da mãe (seja no início, durante e ao final) em um dado momento do processo de intervenção? Na reversão do procedimento de consultório e do ambiente de domicílio, as crianças manteriam escores parecidos ou aproximados aos obtidos na condição anterior? Reduziriam comportamentos de hiperatividade/impulsividade e aumentariam comportamentos de autocontrole? A inserção de outras escalas, como as que mensuram a presença e os níveis de ansiedade e depressão em pais/cuidadores de crianças com TDAH poderiam apontar a redução de escores na replicação após o procedimento por algum benefício em termos destes pais/cuidadores se sentirem mais autoconfiantes após serem instrumentalizados a como lidar com seus filhos?

Tais questionamentos podem servir de base para futuras pesquisas com amostra semelhante a deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, J. & Beckert, A. E. (2004). Autocontrole: Pesquisa e Aplicação. Em: C. N. de Abreu & J. H. Guilhardi (orgs.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas Clínicas* (Pp.259-273). São Paulo: Roca.
- Achenbach T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18*. Vermont: University of Vermont , Department of Psychiatry.
- Achenbach T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form*. Vermont: University of Vermont , Department of Psychiatry.
- Albuquerque, L.C. & Ferreira, K.V.D. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 14 (1), 143-155.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L, Du Paul, G. J. & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, 581-596.

- [APA] American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical annual of mental disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arnoud, E.H., O' Leary, S. G. & Edwards, G. H. (1997). Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 337-342.
- Arvans, R. K. & Gaynor, S. T. (2006). Assessment of compliance generalization throughout treatment in errorless compliance training. Trabalho apresentado no *Annual Convention Program*. Recuperado em 21 de Maio, 2007, de <http://www.abainternational.org/convention/program/ViewEvent.asp?>
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade - ABDA (s.d.). *Tratamento*. Recuperado em 22 de Maio, 2007, de <http://www.tdah.org.br>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Recuperado em 24 de Maio, 2007, de <http://www.abep.org>
- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)*. São Paulo: Artmed.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da escala de déficit de atenção/hiperatividade: versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bentall, R.P., Lowe, C. F., & Beasty, A. (1985). The role of Verbal Behavior in Human Learning: II. Developmental Differences. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 43 (2), 165-181.
- Binder, L. M., Dixon, M. R. & Ghezzi, P. M. (2000). A procedure to teach self-control to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 233-237.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira de Child Behavior Checklist (CBCL) (inventário de comportamentos da infância e adolescência: Dados preliminares. *Revista da ABP-APAL*. 17, 55-66.
- Brzuszkiewicz, L. K, McIntyre, L. L. e Quintero, N. (2006). Parent training with an enhanced individualized video feedback component. Trabalho apresentado na 32nd *Conference of the Association for Behavior Analysis*. Atlanta, GA: ABA.
- Buffalo (2005). *Manual evidence-based psychosocial treatment for ADHD children and adolescent*. New York: Center for Children and Families on-line. Recuperado em 20 de Agosto, 2006, de <http://www.ccf.buffalo.edu/pdf/PsychosocialFactSheet.pdf>>

- Calheiros, P. R. V., Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*, 23, 65-74.
- Cantwell, D. (1996). Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years: Special articles. *Journal of the American Academic of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Carvalho Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 13-18.
- Castanheira, S. S. (2000). Autocontrole: a linguagem do cotidiano e a da análise do comportamento. Em: Wielenska, R. C. (org.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 57-65). Santo André: SET.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Chronis, A. M, Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHA and future directions. *Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Cypel, S. (2000). *A criança com déficit de atenção e hiperatividade: Atualização para pais, professores e profissionais de saúde*. São Paulo: Lemos.
- Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszec W. R., Mckee, T. E. (2005). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 261-264.
- Dias, J. S. & Gauy, F. V. (2004). Procedimentos grupais para mães de crianças: uma proposta cognitivo- comportamental [Resumo]. Em Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.), *Resumos de Comunicação Científicas, XII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, Campinas: ABPMC.
- Di Nucci, S. & Pregnolato, A. P. (2004). Intervenção comportamental infantil: orientação de pais como estratégia [Resumo]. Em: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. *Resumos de comunicação científicas, XII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas: ABPMC.
- Domingos, N. A.M. & Risso, K. R. (2000). O transtorno do déficit de atenção e a hiperatividade infantil. En: E. F. M. Silves (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. V. 2 (pp. 63-83). Campinas: Papyrus.

- Du Paul, G.J, Barkley R. A. & Connor, D.F. (1998). Stimulants. En Barkley R. A.(Org). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford, (pp. 510-551).
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B. Newcomb, k. & Funderburk, B.(1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*. 22, 42-51.
- Erhardt, D. & Baker, B. L. (2002). *The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children*. Recuperado em 20 de Janeiro, 2006, de <http://www.springerlink.com/index/H0280586R6N21710.pdf>
- Fabiano, G. A. Pelham, W. E. J., Arnoud F., Flammer, L., Walker, K., Wienke, A., Burrows-MacLean, L. & Swanger, M. (2003). Improving parenting skills and strategies by engaging fathers of children with ADHD in behavioral parent training [Poster]. *Em 37th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Recuperado em 20 de Agosto, 2006, de http://www.ccf.buffalo.edu/posters/Fabiano_improving_paarenting_3AABT2003.pdf
- Freire, A. C. C. & Ponde, M. P. E. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 63, 474-478.
- Friman, P. & Poling A. (1995). Making life easier with effort: basic finds and applied research on response effort. *Journal of Applied Behavior Anaysis*, 28, 583-590.
- Garon, D. (1992). Classificação e análise de materiais lúdicos: o sistema ESAR. Em A. Fridmann e cols. (Orgs.), *O direito de brincar: a brinquedoteca* (pp.182-169). São Paulo: Scritta.
- Goldiamond, I. (1975). A construtonal approach to auto self control. Em A. Schwartz & I. Goldiamond. *Social Casework: A Behavioral Approach* (pp. 67-130). New York: Columbia University Press.
- Goldstein S. & Goldstein M. (2001). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. São Paulo: Papyrus.
- Gomide, P.. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais – IEP: Modelo teórico, Manual de Aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Greene, R. W. & Ablon, J. S. (2001) What does the MTA study tell us about effective psychosocial treatment for ADHD?. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, (1), 114-121.

- Grevet, E. H., Abreu, P. B. & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista de Psiquiatria. RS*, 25 (3), 446-452. Recuperado em 20 de julho de 2006, da SciELO (Scientific Electronic Library On-line): www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19617.pdf
- Hartman, R. R., Stage S. A., Webster-Stratton C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problemas), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 388.
- Instituto de Neuropsicologia e Biofeedback- INBIO. *O que é biofeedback e o tratamento*. Recuperado em 24 de Junho, 2007, de <http://www.inbio.com.br/NewInbio/Especialidade/BFPrincipal.asp>
- Ingberman, Y.K. (2002). O atendimento a pais de crianças em psicoterapia: orientação ou terapia?. Em H.J. Guilhardi (org.). *Sobre comportamento e cognição* Vol. 10: *para construção teoria do comportament*, (pp.144-154) Santo André: ESETec.
- Kercood, S. & Grskovic, J. A. (2006). Distractability in the classroom effects of fine motor activity on mathematics performance [Resumo]. Trabalho apresentado na *32nd Conference National Applied the of Behavior Analysis*. Atlanta, GA: ABA.
- Lowe, C. F. (1979). Determinants of human operant behavior. Em D. M. Zeiler, & P. Harzem (orgs.), *Advances in analysis of behavious: Reinforcement and the organization of behavious*. V.1 (pp. 159-192). Chichester, Eglan: Wiley.
- Lowe, C.F., Beasty, A., & Bentall, R. P. (1983). The Role of verbal behavior in human learning infant performance on fixed-interval schedules. *Journal of Experimental Analysis of Behavio*, 39, 157-164.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Matthews, B.A., Shimoff, E., Catania, C.A & Sagvolden. (1977). Uninstruted human responding: sensivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 27, 453-467.
- Mazzarotto, I, Maranha, C. Moschetta, M., Paula, Salvador, A. P. V. & Weber, L.N.D. (2004). Estilos parentais e depressão infantil (2004). Em: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (org.), *Resumos de Comunicação científicas, XI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas: ABPMC.

- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues, & M. R., Ribeiro (orgs), *Análise do comportamento; Pesquisa, teoria e aplicação*: Porto Alegre: ARTMED.
- Millenson, J. R. (1975). Princípios da análise do comportamento. Brasília: Coordenada.
- Miranda, A. Jarque, S., Tarraga, R. (2006). Interventions in school settings for students with ADHD. *Exceptionality*, 14 , 35-52.
- Monastra, V. J., Monastra D. M. & Susan George (2004). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 , 231-249.
- Neef, N. A., Marckel, J., Ferreri, S., Bicard, D. F., Endo, S., Aman, M. G., Miller, K. M, Jung, S., Nist, L. & Armstrong, N. (2005). Behavioral assessment of impulsivity: A comparison of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 23-37.
- Northup, J., K. Broussard, C., DiGiovanni, G. Herring, M., Fusilier, I. & Hanchey, A. (1997). A preliminary analysis of interactive effects between common classroom contingencies methyphenidate. *Journal of Applied Behavior*, 30, 121-125.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação e transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas
- Pelham, W. E. J., Wheeler, T. & Chornis, A.M. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperativity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pelham, W. E. J., Foster, E. M. & Robb, J. A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 711-727.
- Pouthas, V., Droit. S., Jacquet, A. I., & Wearden, J. H. (1990). Temporal Differentiation of response Duration in Children of Different Ages: Developmental Changes in relations Between Verbal and Nonverbal Behavior. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 53 , 21-31.
- Robert, A. M. (2005). *Contribuições da analise do comportamento na avaliação e no tratamento de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. _Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.

- Rodriguez, D., Tercyak, K. P & Audrain-McGovern.(2007). Effects of inattention and hyperactivity symptoms on development of nicotine dependence from mid adolescence to young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 563-575.
- Rohde, L.A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psicologia*. 22_(Supl II), 7-11.
- Rohde, L. A, Biederman, J. & Busnello, E. A., Zimmermann, H., Schmitz, M, Martins, S. & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal of Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722.
- Rohde, L.A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 , p. 61-70.
- Rosenfarb,, I. S., Newland, M. C., Brannon, S. E., & Howey, D. S. (1992). Effects of self-generated rules on the development of schedules-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 58, 107-121.
- Salvo, C. G., Gomide, P. I. & Sabbag, G. M. (2004). Estilos parentais: uma correlação entre práticas educativas e variáveis de risco para o desenvolvimento do comportamento anti-social [Resumo]. Em Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.), *Resumos de Comunicação Científicas, XIII Encontro da ABPMC*. Campinas: ABPMC.
- Salvo, C. G., Silves, E. F. M., Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*. 22(2), 187-195.
- Sanabio-Heck, E. T. & Souto e Maia, K. G. (2005) Desamparo aprendido. Em: J., Abreu-Rodrigues & M. R., Ribeiro Orgs. *Análise do comportamento; Pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: ARTMED.
- Schwartzman, J. S. (2001). *Transtorno de déficit de atenção*. Série Neuro Fácil. São Paulo: Memnon-Mackenzie.
- Silvia, A.B. (2003). *Mentes inquietas*. Rio de Janeiro: Napades.
- Skinner, B. F. (1976). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: EDART.
- Sonuga-Barke, E. J. S, Daley, D., Thompson, M, Laver-Bradbury, C, & Weeks, A.R. G. N. (2001). Therapies father-based for pre school with Attention-déficit/hyperativity disorder: One randomized attempt controlled with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.

- Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifeman, comorbidities, and neurobiology (2007). *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 631-642.
- Szobot, C. M., Eizirik, M., Cunha, R. D., Langleben, D., & Rohde, L. A. (2001). Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (Supl I), (2-35).
- Szobot, C. M & Romano, M. (2007). Co-ocorrência de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (Supl I), (39-44).
- Teixeira- Junior, R. R. & Souza, M. A. O. *Vocabulário de análise do comportamento: um manual de consulta para termos usados na área on-line*. Recuperado em 24 de junho de, 2007, de <http://www.fafich.ufmg.br/vocabularioac/vocabularioac2.pdf>
- Topczewski, A. (1999). *Hiperatividade: como lidar?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vasconcelos, L. A. (2002). Análise comportamental do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: implicações para avaliação e tratamento. Em H. J. Guilhardi (Org.). *Sobre comportamento e cognição* Vol. 10: *para construção teoria do comportamento* (pp.144-154). Santo André: ESETec.
- Weber, L & Cols. (2002). *Estilos e práticas parentais e determinates para o desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes*. Recuperado em 16 de janeiro, 2007, de <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/051005/pesquisas.doc>
- Weber, L.N. D., Brandenburg, O. J & Salvador, A. P. V. (2006). *Programa de qualidade na interação familiar (PQIF): orientação e treinamento de pais*. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 37, 139-149.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T. & Kolpacoff, M (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 57, 550-553.
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K, Klaric, J., Abikoff, H. B., Abramowitz, A., Arnold, L. E., Elliott, G., Greenhill, L., Hechtman, L., Hoza, B. Jensen, P. S., March, J. S., Pelham, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J. M, Vitiello, B. & Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity

disorder (ADHD): Empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 28, 543-553.

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. Em P. C. Kendal (org.), *Advances in cognitive-behavior research and therapy* (pp. 73-118). New York: Academic Press.

ANEXOS

ANEXO 1a

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Condição 1)

Projeto: Análise dos efeitos de um treino parental sobre comportamentos de crianças com TDAH: comparação entre setting terapêutico e ambiente domiciliar⁶

Srs. Responsáveis,

Estamos realizando uma pesquisa sobre os efeitos de uma intervenção com os responsáveis no comportamento de crianças com diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O objetivo desta pesquisa é promover a instalação de comportamentos de autocontrole e reduzir comportamentos de hiperatividade da criança através de um treinamento com os responsáveis, verificando ainda se há aplicação dos benefícios para outro ambiente (a escola). Com isso esperamos encontrar novas formas de avaliar, diagnosticar e tratar crianças portadoras deste transtorno e melhorar sua qualidade de vida.

Seu filho foi indicado pela neuropediatra a iniciar o tratamento pela intervenção psicoterápica, antes de qualquer tratamento medicamentoso. Caso consinta, sua criança participará de um processo psicoterapêutico no qual realizará algumas tarefas, sob minha orientação, em dois ambientes distintos, a saber: primeiramente em uma sala de atendimento do Hospital Universitário, e em seguida em ambiente de domicílio. Estes atendimentos acontecerão em dias e horários previamente combinados com os senhores. Inicialmente, os senhores participarão de uma entrevista, onde será definido qual dos pais (mãe ou pai) tomará parte ativamente da pesquisa. Este(a) será o(a) responsável a quem se direcionarão as orientações até o final da pesquisa. Também faremos uma visita à escola de seu filho a fim de realizarmos uma entrevista com os professores dele. O pai ou mãe participante da pesquisa terá o compromisso de registrar em uma ficha de monitoramento os comportamentos de autocontrole e hiperatividade, conforme o objetivo da pesquisa.

As sessões serão filmadas para fins de obtenção de dados mais precisos e melhor andamento da pesquisa. Ao final, as fitas de vídeo ficarão sob a guarda da terapeuta/ pesquisadora e de sua orientadora em local seguro e de acesso exclusivo das mesmas. Os resultados obtidos serão apresentados aos senhores ao final da pesquisa e poderão ser divulgados em eventos e artigos científicos. A identificação dos participantes, responsáveis e professores será preservada na forma de nomes fictícios ou pelo uso de iniciais. Os benefícios esperados para seu filho serão aquisição de comportamentos de autocontrole e redução dos comportamentos hiperativos. Os riscos são mínimos e caso não ocorram mudanças de seus comportamentos para melhor, serão feitos encaminhamentos necessários na busca da melhoria dos comportamentos de seu filho e de sua qualidade de vida. O material de áudio e vídeo ficará sob guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa e, no caso, de apresentação da pesquisa em eventos públicos se resguardará o sigilo de seus nomes e imagens, com nomes fictícios ou uso somente de letra iniciais dos participantes e as imagens serão cobertas com tarjas pretas.

Os senhores e/ ou seu filho poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, devendo apenas avisar sobre a desistência, continuando a ser atendido no hospital sem qualquer prejuízo.

Assim sendo, solicitamos sua autorização para a sua participação e a de seu filho na presente pesquisa. Caso concorde, assine na linha indicada.

Pesquisador Responsável: Maria Elizabete Coelho das Neves

Registro Conselho: CRP : 01464

End: Conj. Bosque Feliz Cidade, Rua Rouxinol, nº 143- Mangueirão. Fone: 3229-8083 / 8816-7055.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável pelo participante

⁶ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Pará- CEP/ICS/UFPA. End: Complexo de Sala de aula/ICS-Sala 13, Campus Universitário nº 1, Guamá- CEP: 66075-110- Belém Pará. Tel: (091) 3201-8028. E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO 1b

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Condição 2)

Projeto: Análise dos efeitos de um treino parental sobre comportamentos de crianças com TDAH: comparação entre setting terapêutico e ambiente domiciliar⁷

Srs. Responsáveis,

Estamos realizando uma pesquisa sobre os efeitos de uma intervenção com os responsáveis no comportamento de crianças com diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O objetivo desta pesquisa é promover a instalação de comportamentos de autocontrole e reduzir comportamentos de hiperatividade da criança através de um treinamento com os responsáveis, verificando ainda se há aplicação dos benefícios para outro ambiente (a escola). Com isso esperamos encontrar novas formas de avaliar, diagnosticar e tratar crianças portadoras deste transtorno e melhorar sua qualidade de vida.

Seu filho foi indicado pela neuropediatra a iniciar o tratamento pela intervenção psicoterápica, antes de qualquer tratamento medicamentoso. Caso consinta, sua criança participará de um processo psicoterapêutico no qual realizará algumas tarefas, sob minha orientação, em dois ambientes distintos, a saber: primeiramente em ambiente de domicílio, e em seguida em uma sala de atendimento do Hospital Universitário. Estes atendimentos acontecerão em dias e horários previamente combinados com os senhores. Inicialmente, os senhores participarão de uma entrevista, onde será definido qual dos pais (mãe ou pai) tomará parte ativamente da pesquisa. Este(a) será o(a) responsável a quem se direcionarão as orientações até o final da pesquisa. Também faremos uma visita à escola de seu filho a fim de realizarmos uma entrevista com os professores dele. O pai ou mãe participante da pesquisa terá o compromisso de registrar em uma ficha de monitoramento os comportamentos de autocontrole e hiperatividade, conforme o objetivo da pesquisa.

As sessões serão filmadas para fins de obtenção de dados mais precisos e melhor andamento da pesquisa. Ao final, as fitas de vídeo ficarão sob a guarda da terapeuta/ pesquisadora e de sua orientadora em local seguro e de acesso exclusivo das mesmas. Os resultados obtidos serão apresentados aos senhores ao final da pesquisa e poderão ser divulgados em eventos e artigos científicos. A identificação dos participantes, responsáveis e professores será preservada na forma de nomes fictícios ou pelo uso de iniciais. Os benefícios esperados para seu filho serão aquisição de comportamentos de autocontrole e redução dos comportamentos hiperativos. Os riscos são mínimos e caso não ocorram mudanças de seus comportamentos para melhor, serão feitos encaminhamentos necessários na busca da melhoria dos comportamentos de seu filho e de sua qualidade de vida. O material de áudio e vídeo ficará sob guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa e, no caso, de apresentação da pesquisa em eventos públicos se resguardará o sigilo de seus nomes e imagens, com nomes fictícios ou uso somente de letra iniciais dos participantes e as imagens serão cobertas com tarjas pretas.

Os senhores e/ ou seu filho poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, devendo apenas avisar sobre a desistência, continuando a ser atendido no hospital sem qualquer prejuízo.

Assim sendo, solicitamos sua autorização para a sua participação e a de seu filho na presente pesquisa. Caso concorde, assine na linha indicada.

Pesquisador Responsável: Maria Elizabete Coelho das Neves

Registro Conselho: CRP : 01464

End: Conj. Bosque Feliz Cidade, Rua Rouxinol, nº 143- Mangueirão. Fone: 3229-8083 / 8816- 7055.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável pelo participante

⁷ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Pará- CEP/ICS/UFPA. End: Complexo de Sala de aula/ICS-Sala 13, Campus Universitário nº 1, Guamá- CEP: 66075-110- Belém Pará. Tel: (091) 3201-8028. E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO 1c

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Pará
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Professores)

Projeto: Análise dos efeitos de um treino parental sobre comportamentos de crianças com TDAH: comparação entre setting terapêutico e ambiente domiciliar⁸

Sr(a). Professor(a)

Estamos realizando uma pesquisa sobre os efeitos de uma intervenção com os responsáveis no comportamento de Crianças com Diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O objetivo desta pesquisa é promover a instalação de comportamentos de autocontrole e reduzir comportamentos de hiperatividade da criança através de um treinamento com os responsáveis, verificando ainda se há aplicação dos benefícios para outro ambiente (escola). Com isso esperamos encontrar novas formas de avaliar, diagnosticar e tratar crianças portadoras deste transtorno e melhorar sua qualidade de vida.

Assim, seu aluno _____ participará de um processo psicoterapêutico no qual realizará algumas tarefas, sob minha orientação, em dois ambientes previstos: em uma sala de atendimento de um Hospital Universitário e em ambiente domiciliar.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista na qual o(a) senhor(a) será solicitado a responder a Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes (CBCL), ambas versões para professores, que permitirá avaliarmos o comportamento apresentado por _____ durante as aulas. Caso seu aluno prossiga até o final da pesquisa, o(a) senhor(a) será solicitado a responder novamente a esta mesma escala, para compararmos os efeitos da intervenção. Caso não esteja mais acompanhando o aluno o(a) professor(a) atual será solicitado a preencher os referidos instrumentais.

Os resultados obtidos serão apresentados a senhor(a) ao final da pesquisa e poderão ser divulgados em eventos e artigos científicos. A identificação dos participantes, responsáveis e professores será preservada na forma de nomes fictícios ou pelo uso de iniciais. Os benefícios esperados para seu aluno serão aquisição de comportamentos de autocontrole e redução dos comportamentos hiperativos. Os riscos são mínimos e caso não ocorram mudanças de seus comportamentos para melhor, serão feitos encaminhamentos necessários ao participante na busca da melhoria dos comportamentos de seu aluno.

O(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu aluno, nem ao senhor.

Assim sendo, solicitamos sua autorização para participar voluntariamente desta pesquisa. Caso concorde, assine na linha indicada.

Pesquisador Responsável: Maria Elizabete Coelho das Neves

Registro Conselho: CRP : 01464

End: Conj. Bosque Feliz Cidade, Rua Rouxinol, nº 143- Mangueirão. Fone: 3229-8083 / 8816-7055.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do Professor

⁸ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Pará- CEP/ICS/UFPA. End: Complexo de Sala de aula/ICS-Sala 13, Campus Universitário nº 1, Guamá- CEP: 66075-110- Belém Pará. Tel: (091) 3201-8028. E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO 2
FOTOS DO CONSULTÓRIO DE ATENDIMENTO



ANEXO 3

FICHA DE MONITORAMENTO

Ficha de Monitoramento do Comportamento do seu Filho

Como foi combinado na entrevista de avaliação, o responsável pela criança que está participando desta pesquisa, deverá observar o comportamento da mesma e preencher esta ficha. Você deverá colocar a data do registro na parte superior de cada ficha. Depois, preencha o horário em que ocorreram os comportamentos de autocontrole e de hiperatividade e as situações nas quais ocorreram. Serão considerados comportamentos de autocontrole: e serão considerados como comportamentos de hiperativos: Preencha a ficha na direção do que está sendo solicitado em cada coluna. Por exemplo: na coluna horário, você coloca 10:00 horas, pois foi a hora que você viu seu filho se comportando de forma hiperativa. Você continua anotando o comportamento que seria de hiperatividade, qual a situação (onde, quem estava presente e como), o que tinha ocorrido antes e o que ocorreu depois. A coluna onde está a palavra *Alternativa*, deixe em branco que quando nós nos encontrarmos a preencheremos juntos.

Nome:					
Data:					
Hora	Comporta- Mento	Situação	O que ocorreu antes?	O que ocorreu depois?	Alternativa

Fonte: Robert, 2005

ANEXO 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS

Roteiro de Entrevista Inicial com os Pais

1. Dados de Identificação (criança, pais ou responsáveis, idade, escolaridade, onde mora, telefone de contato, com quem reside, quantas pessoas moram no domicílio, ordem de nascimento).
2. Motivo do encaminhamento para a neuropsiquiatria (comportamentos apresentados na ocasião da primeira consulta com a neuropsiquiatra).
3. História da identificação do TDAH (Sabe o que é o TDAH, quem o instruiu, o início da percepção, situações de ocorrência, causas atribuídas, desenvolvimento dos sintomas, tratamentos anteriores, o que os pais e outros membros da família fazem diante dos comportamentos da criança e outras repercussões sociais)
4. Como é o comportamento da criança na escola e qual o seu desempenho escolar?
5. Como a criança é em casa, em família? O que seu filho gosta de fazer em casa e fora de casa?
6. Organização do ambiente de residência. Em que espaço a criança brinca? Há um quarto ou algum lugar na residência que ele possa brincar sem maiores interferências externas?
7. Gosta de brincar (sozinho? acompanhado?) Como interage na brincadeira com outras crianças? Que tipo de brincadeira, brinquedos e jogos ele gosta? Há horários para essas atividades?
8. Que tipo de brinquedo e jogos ele tem em casa?
9. Alguém na casa brinca com ele? Com qual brincadeira, brinquedos e jogos?
10. Quais são os tipos de dificuldades no lidar nestas situações lúdicas? O que fazem?
11. Discriminação dos responsáveis dos comportamentos adaptados
12. Relações sociais (colegas, amigos e parentes).
13. Situação econômica.

ANEXO 5

Roteiro de Entrevista de Avaliação

1. O que achou da 1ª fase da intervenção?
2. Como avalia o comportamento da criança durante as sessões e o seu próprio?
3. Como se sentiu ao interagir com a criança em situações de jogos e contando com a presença da TP?
4. Durante e após a primeira fase da intervenção que tipo de mudanças percebe na criança em comparação aos comportamentos apresentados pela mesma antes do início do treino?
5. Detalhe os comportamentos desejáveis e não desejáveis da criança que se apresentam atualmente?
6. Como você e outros membros da casa se comportam diante de tais comportamentos?
7. A participação nessa primeira fase da intervenção estimulou/produziu alguma mudança em seu comportamento na interação com a criança no cotidiano? Se sim, quais? Se não, expor os motivos?

ANEXO 6

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

Roteiro de Entrevista Final

- 1) Quais os comportamentos adaptados (desejáveis) que percebe atualmente na criança? com quem a criança apresenta tais comportamentos e em que situações? o que faz para reforçar tais comportamentos, como reagem os familiares?
- 2) Quais os comportamentos não adaptados (não desejáveis) que percebe atualmente na criança? com quem os apresenta, e em que situações? o que você faz diante de tais comportamentos? e o que fazem os demais membros da casa?
- 3) Tem percebido alguma diferença no comportamento da criança na escola?
- 4) Como se encontra a interação do responsável com a criança em termos de proximidade, demonstrações de afeto, em estabelecimento de regras e limites e o seu seguimento no cotidiano?
- 5) Você tem procurado promover em casa situações de brincadeiras entre os adultos e a criança? Se sim, como e o que tem percebido como mudança na rotina?
- 6) Você tem percebido alguma alteração no seu próprio comportamento desde o início da pesquisa? Quais?
- 7) Você gostou de ter participado desta pesquisa? Por que?

ANEXO 7

DESCRIÇÃO DAS REGRAS DOS JOGOS

Descrição de Regras

Jogo da Memória

Objetivo: **Juntar o maior nº de pares de personagens**

Idade: **A partir de 05 anos**

Nº de Participantes: **02 a 06 participantes**

Conteúdo: **36 cartas de personagens da Disney, 18 em cores amarelas e 18 em vermelho.**

Modo de Jogar: **Colocar todas as cartas viradas para baixo, em fileiras. Na sua vez, escolha duas castas e abra-as de modo que todos os participantes vejam. Se elas combinarem (tanto o personagem, quanto à cor da carta) pegue-as para você e jogue outra vez. Se elas não combinarem, vire-as outra vez para baixo, na mesma posição. Observe com atenção quando outros participantes jogam para lembrar onde estão as cartas. Você pode achar uma par na próxima vez!**

Vencedor: **É o jogador que, após todos os pares tiverem sido encontrados, tiver o maior número.**

Jogo de Dominó

Objetivo: **Divertir e despertar na criança o interesse através da associação e da lógica**

Número de Participantes: **02 a 04**

Conteúdo: **28 peças com diferentes ilustrações: abelha, girafa, zebra, jacaré, joaninha esquilo e sapo.**

Como Jogar: **Embaralhar e espalhar as peças com os desenhos voltados para baixo. Cada jogador deverá escolher 05 peças. As peças que sobrarem serão usadas durante o jogo. Iniciará o jogo quem sair com a peça que apresentar o desenho de duas abelhas, devendo colocá-la na mesa. Caso isso não ocorra, será a vez de quem tem duas girafas, depois duas zebras, dois jacarés, duas joaninhas, dois esquilos ou dois sapos. O próximo jogador será aquele que estiver à esquerda do jogador que iniciou a partida. Se ele tiver a peça com desenho igual à que está sobre a mesa, deve colocá-la sobre a mesa também, unindo as figuras que forem iguais, se não tiver poderá ir tirando as peças que sobraram até encontrar o desenho correto e uni-lo com a peça sobre a mesa, formando uma corrente, e assim, por diante. Caso o participante não tenha a peça com desenho correto (de um lado ou de outro da corrente) passará a vez ao próximo jogador. O vencedor sra aquele que primeiro conseguir encaixar todas as sua peças na corrente de figuras**

Pula Macaco

Idade: **A partir de 04 anos**

Primeira forma de jogar (Pula Macaco Rápido):

Objetivo: **Arremessar os macaquinhos na árvore, juntando primeiro 04 bananas**

Nº de Participantes: **02 a 04 participantes**

Conteúdo: **01 tronco(duas partes para montar), duas copas, 04 lança macacos, 16 macaquinhos, 16 bananas de cartão e folhas de adesivos.**

Modo de Jogar: **Combine que os macaquinhos deverão ficar pendurados só pelos braços. Cada jogador escolhe um lança-macaco e pega os macaquinhos da mesma cor. Depois todos se colocam ao redor da árvore em distância semelhante e começam a tirar ao mesmo tempo. Para cada macaco que pendurar o jogador uma banana. E quem tiver macaco derrubado, devolve uma banana e tenta pendurá-lo de novo.**

Vencedor: **O jogador que juntar primeiro quatro bananas**

Segunda Forma de Jogar (Macaco Melhor Arremesso)

Objetivo: **Fazer o melhor arremesso.**

Nº de Participantes: 02 a 04

Conteúdo: Já citado

Modo de Jogar: **Antes de cada rodada separe um macaco de cada cor e coloque na mesa. Em seguida cada jogador fecha os olhos e sorteia um deles. Depois, pega o lança-macaco da mesma cor e 04 bananas. Antes de arremessar, cada jogador coloca uma banana na mesa. Quem pendurar seu macaquinho na parte mais alta da árvore faz o melhor arremesso, ganhando todas as bananas. Se dois macaquinhos estiverem pendurados na mesma altura, o desempenho é feito pelas cores, sendo que segue a seguinte ordem: 1º vermelho, 2º azul, 3º verde e 4º amarelo. Em função até deste critério que há o sorteio antes do arremesso.**

Vencedor: **Para dois: participantes quem juntar primeiro 07 bananas; para três participantes: quem juntar primeiro 09 bananas; e para quatro participantes: quem juntar primeiro 11 bananas.**

Morcegos /Equilibristas

Objetivo: **Equilibrar os morcegos sem deixá-los cair.**

Idade: **A partir de 05 anos**

Nº de Participantes: **02 a 04**

Conteúdo: **16 morcegos (01 laranja com imã, 05 laranjas, 05 azuis e 05 roxos), 11 cartas “morcego”, 01 arco com duas colunas e uma roleta.**

Modo de Jogar: **Escolha e decidam quem iniciará o jogo, seguido pelos demais jogadores à sua esquerda. Na sua vez, gire a roleta até que ela faça uma volta inteira completa pelo menos. Quando a seta parar vai apontar para uma de 04 cores da roleta. Aí peque um morcego na cor correspondente a da roleta, logo em seguida, encaixe-o no morcego. Para encaixar vale pendurá-lo pelos ganchinhos ou furinhos existentes em cada morcego. Quando a seta parar no branco, tal jogador não joga nessa rodada. Quando já tiver muitos morcegos engachados e eles começarem a tremerem, tente acalmá-los com a mão para eles se equilibrarem novamente, mas não vale tocar no 1º morcego laranja no sino. Quando o morcego laranja preso no sino começar a sair do lugar, o**

suspense final pode ser que colocando mais um os morcegos caiam do arco de uma só vez.

Para

que isso não aconteça engache os outros morcegos com calma, que o morcego do sino pode até voltar a ficar preso direitinho no ímã. Não é permitido deixar nenhum morcego esbarrar no chão. Não vale balançar a mesa durante o jogo. Se a seta cair em uma cor que não tenha mais morcego, gire a seta novamente até que ela pare numa cor que ainda tenha morcegos para serem pendurados. Cuidado! Se na sua vez todos os morcegos caírem do sino, você vai receber uma carta morcego que mostra que você não cuidou direitinho e a rodada termina nesse ponto para começar a próxima rodada prendendo o morcego laranja com imã novamente no sino e recomece o jogo. O jogo termina quando um jogador tiver três cartas morcegos.

Vencedor: **Quem tiver nenhuma ou menos cartas morcegos.**

Maça-Maluca

Objetivo: **Obter maior nº de maçãs ao final do jogo e evitar explosão das maçãs no tabuleiro**

Idade: **A partir dos 04 anos**

Nº de Participantes: **02 ou mais**

Conteúdo: **01 base em forma de maçã, 20 maçãs verdes, 20 maçãs vermelhas, 20 maçãs amarelas.**

Modo de Jogar: **Escolha a pressão desejada posicionando a alavanca, quanto mais a mola estiver esticada, mais pressão a barra fará sobre as maçãs. Deslize a barra para o alto em direção ao cabo da maçã até que se ouça um ruído que indique que a barra está fixada. Mova o botão em forma de maçã suavemente para a esquerda, seguindo a indicação da seta. Este movimento soltará a barra que passará a fazer pressão sobre as maçãs, e se for rápido causará a explosão antes do jogo começar. O jogador só poderá tirar uma maçã de cada vez. Se não houver explosão, seja por perícia dos jogadores, seja porque a barra está com pouca pressão, o jogo deve prosseguir até que o nº de maçãs no tabuleiro seja igual ao número de participantes. Os pontos serão contados a partir das maçãs retiradas do tabuleiro. Se o jogador provocar a explosão geral, será considerado perdedor, independente da quantidade de pontos que tiver. Se o jogador provocar um deslocamento brusco da barra, pondo em risco o arranjo das maçãs, sem causar explosão, as maçãs retiradas não contarão ponto ao seu favor. A barra não pode ser tocada durante o jogo. Quando o jogador retirar sua maçã, serão permitidos deslocamentos suaves da barra, sem riscos para as maçãs no tabuleiro. A contagem de pontos considerando as cores das maçãs é: maçãs verdes 5 pontos, maçãs vermelhas 3 pontos e maçãs amarelas 1 ponto.**

Vencedor: **o jogador que tiver o maior nº de pontos ou não ocasionar a explosão geral.**

Jogo do Money

Objetivo: **Montar uma estratégia através de uma trilha e fazer o melhor negócio**

Idade: **A partir de 06 anos**

Nº de Participantes: **02 a 03**

Conteúdo: **01 tabuleiro, 04 fichas, notas de dinheiro, 09 “certificados de propriedade” e um dado.**

Modo de Jogar: **Cada jogador escolhe a cor da ficha que irá jogar. O Próximo passo será dividir o dinheiro; para isso, deve se seguir as regras descritas: quando o número de participantes for 02, cada jogador receberá 03 notas de cada cor, se for 03 participantes recebe duas notas de cada cor. O restante do dinheiro e os certificados de propriedade ficarão no caixa e, eventualmente, servirão de troco. Dará início ao jogo aquele que tirar o número 01 no dado. A seqüência do jogo será feita pela direita. Cada participante deverá jogar o dado e obedecer às indicações no quadrinho sorteado. Ao parar nas casas com ilustrações correspondentes aos “certificados de propriedade”, deverão comprá-las, pagando**

ao caixa o valor indicado no certificado, tornando-se, então, proprietários e adquirindo o direito de cobrar o aluguel, estabelecido na escritura de compra, daqueles que pararem na propriedade.

O “inquilino” só pode continuar o jogo quando tirar o nº 01 no dado. É possível negociar para sair daquela propriedade e partir para uma próxima jogada, desde que pague ao proprietário (além do aluguel) uma multa que será estipulada por ele. Se, por acaso, o proprietário parar em uma casa cujo “certificado de propriedade” está em seu poder, ele não precisará pagar aluguel e nem esperar para tirar o número 01 para sair, ou seja, poderá prosseguir o jogo normalmente. O proprietário de um certificado de propriedade poderá vendê-lo negociando o preço desejado com o jogador interessado. Para alcançar a chegada, o número sorteado deverá ser exato. Ex: se tirar 06 e faltarem 04 casas para a chegada, ele moverá a ficha até a quarta casa e voltará duas (até acertar). O jogo terminará quando todos os participantes colocarem suas fichas na chegada. Para isso, cada participante deverá duas voltas n tabuleiro e depois parar no campo de “saída”.

Vencedor: É aquele que possuir a maior quantidade em dinheiro, incluindo também os valores das propriedades.

Lince Alfabético

Primeira forma de jogar (jogo para iniciantes)

Objetivo: **Conseguir localizar as figuras modelo em as cartelas semelhantes mais rápido que os demais, e obtendo primeiro 25 cartelas**

Idade: **A partir de 06 anos**

Nº de Participantes: **02 a 06**

Conteúdo: **01 tabuleiro, 01 saco plástico, 18 fichas e 126 cartelas ilustradas**

Modo de Jogar: **O primeiro passo é escolher o líder da rodada. Ele deve colocar todas as cartelas dentro do saco plástico e distribuir 03 fichas plásticas, da mesma cor para cada participante. Nesta**

rodada o líder não joga. O líder mistura bem as cartelas e sorteia 03 para cada jogador. Nenhum jogador pode olhar o conteúdo das cartelas antes do início do jogo. Em seguida, dá o sinal, dizendo a palavra “já”. Imediatamente, todos olham suas cartelas e tentam localizar as figuras no tabuleiro. Cada vez que encontra uma figura, o jogador coloca uma ficha plástica no lugar corretamente. O primeiro que colocar suas 03 fichas grita; ”pronto!”. Nesse momento, todos os outros param de jogar. Todos os jogadores inclusive o que gritou “pronto”, ficam com as cartelas cujas figuras localizaram no tabuleiro, devolvendo as restantes ao líder do jogo, que torna

a colocá-las no saco plástico. Todos recebem 03 fichas plásticas de volta e inicia-se uma nova rodada agora com um novo líder. O jogo prossegue desta maneira até que alguém consiga ficar com 25 cartelas.

Vencedor: **Quem primeiro consegue as 25 cartelas**

Segunda forma de jogar (Jogo para os “Olhos de Lince”)

Objetivo: **Localizar primeiro as figuras sorteadas no tabuleiro, juntando 25 cartelas.**

Idade: **A partir de 06 anos**

Nº de Participantes: **02 a 06**

Conteúdo: **Já citados**

Modo de jogar: **Um dos participantes é eleito líder da rodada. Ele coloca todas as cartelas dentro do saco plástico e distribui uma ficha plástica, de cor diferente, para cada jogador. Todos mantêm as mãos na mesma posição: sobre a mesa ou sobre os joelhos. O líder sorteia uma cartela e a mostra a todos os jogadores, ao mesmo tempo. Ganha a cartela o jogador que primeiro localizar a figura, colocando rapidamente a ficha plástica no lugar correspondente do tabuleiro e gritando “pronto”. O líder pode também tornar o jogo mais difícil mostrando a figura de cabeça para baixo ou girando o tabuleiro antes de mostrá-las, ou, ainda, deixando os jogadores de costas para o tabuleiro antes de apresentar cada uma das cartelas.**

Vencedor: **Quem primeiro conseguir juntar 25 cartelas**

Caça Casal

Objetivo: **Juntar o maior nº de pares de casais**

Idade: **A partir de 03 anos**

Nº de Participantes: **02 a 06 participantes**

Conteúdo: **16 pares de fichas**

Modo de Jogar: **Todos os cartões devem ser embaralhados com suas imagens voltadas para baixo. O jogador que iniciar a partida deve virar um cartão, em seguida outro. Se ele formar o casal. Deverá guardá-los e jogar novamente. Se não formar o casal, vire o cartão novamente e passe a vez para o próximo jogador.**

Vencedor: **É aquele que conseguir mais casais**

Caça Figuras

Objetivo: Identificar o maior número possíveis de figuras no tabuleiro a partir da visualização rápida de um bloco de 03 figuras.

Idade: A partir de 04 anos

Nº de Participantes: 02 a 06

Conteúdo: 01 cartela com ilustrações e 60 fichas referentes às ilustrações da cartela

Modo de Jogar: Todas as fichas devem ser embaralhadas e dispostas com o desenho voltado para baixo, de modo que não se possa ver a figura. Tira-se par ou ímpar para ver quem começará o jogo. O jogador que iniciar a partida deve virar 03 fichas de uma só vez e rapidamente e dizer “CAÇA!”. Imediatamente, todos os participantes deverão procurar, no tabuleiro, figuras idênticas àquelas viradas. Aquele que primeiro encontrar o desenho que corresponde à ficha virada, deverá colocar o dedo sobre a figura, ganhando, assim, a ficha. O próximo participante efetuará a mesma jogada e, desta forma, o jogo prossegue até que todas as fichas tenham sido “ganhas”.

Vencedor: Será aquele que obtiver maior nº de fichas

Caça-Animais

Objetivo: Ajudar o caçador a encontrar o maior nº de animais e armadilhas

Idade: Até 8 anos

Nº de Participantes: 02 a 04 participantes

Conteúdo: 01 cartela com 12 pontos vermelhos e 24 fichas contendo figuras de animais presos em armadilhas.

Modo de Jogar: Embaralhe as 12 fichas armadilhas dos animais, deixando-as organizadas uma do lado da outra em cima da mesa e viradas para baixo. Da mesma forma, embaralhe as 12 outras fichas e coloque-as cada uma de cabeça para baixo nos pontos vermelhos da cartela. Escolha o iniciante do jogo através do critério de par ou ímpar. Então, o jogador iniciante deve virar uma ficha da mesa e outra do tabuleiro, caso encontre a armadilha correta para aquele animal deverá jogar novamente até errar o par armadilha-animal. No caso de errar passará a vez para outro jogador que adotará o mesmo procedimento. O jogo termina quando encontra-se todos os pares armadilha-animal.

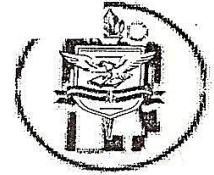
Vencedor: Aquele que encontrar mais pares de armadilha-animal

ANEXO 8



Universidade Federal do Pará

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Carta: 146/07 CEP-ICS/UFPA

Belém, 27 de novembro de 2007.

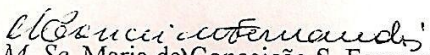
A: Profª. Esp. Maria Elizabete Coelho Neves

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa **“Análise dos efeitos de um treino parental sobre comportamentos de crianças com TDAH: Comparação entre setting terapêutico e ambiente domiciliar”** sob o protocolo nº 137/07 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 20 de novembro de 2007.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar o relatório do mesmo até o dia 30 de junho de 2008, no CEP-ICS/UFPA, situado no Campus Universitário do Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do ICS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,


Profª. M. Sc. Maria da Conceição S. Fernandes.
Coordenadora do CEP-ICS/UFPA

ANEXO 9

DESCRIÇÃO DAS REGRAS DE ATENDIMENTO

► Sessões de Observação Direta de Atividades livres: Duas sessões Nº de Sub-regras:

Primeira Sessão: 08

Consultório:

Esta é a sala em que nós vamos nos encontrar para fazer algumas atividades . (1ª) Como você pode ver, estamos contando com a presença de sua mãe. Ela vai participar também prestando atenção na forma como lido com você (2ª). Nós nos veremos uma vez por semana (3ª) Nesta sala temos hora para começar e para terminar.(4ª) É preciso chegar na hora que nós marcamos para iniciar, para podermos aproveitar bem o tempo que nós temos aqui (5ª). Nós vamos poder ficar nesta sala durante no máximo uma hora (mostra no relógio).(6ª) Como você pode ver, temos vários brinquedos. Hoje você poderá escolher com qual você quer brincar e aonde você quer brincar dentro desta sala. (7ª). Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. (8ª) Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho?.Repita para mim, por favor.

Domicílio:

Estamos em sua casa aonde nós vamos nos encontrar para fazer algumas atividades. (1ª) Como você pode ver, estamos contando com a presença de sua mãe (ou pai). Ela vai participar prestando atenção na forma como lido com você. (2ª) Nós nos veremos uma ou duas vezes por semana em sua casa. (3ª) Neste espaço de sua casa temos hora para começar e para terminar. (4ª) É preciso estarmos aqui na hora que nós marcamos para iniciar, para podermos aproveitar bem o tempo que nós temos aqui. (5ª) Nós vamos poder ficar em sua casa durante no máximo uma hora (mostra no relógio). (6ª) Como você pode ver eu trouxe vários brinquedos. Hoje você poderá escolher com qual você quer brincar e aonde você quer brincar dentro desta sala (espaço) de sua casa .(7ª) Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. (8ª) Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho? Repita para mim, por favor.

Nº de Sub-regras:
Segunda Sessão: 07

Consultório:

Está é a sala onde nos encontramos da última vez. (1ª) Estamos novamente contando com a presença de sua mãe. Ela vai continuar prestando atenção na forma como lido com você. (2ª) O que foi dito em relação a que temos hora para começar e terminar na sessão continua,(3ª) pois temos no máximo uma hora para ficar nesta sala.(4ª)Por isso é preciso chegar no horário para aproveitarmos bem o tempo.(5ª) Continuam disponíveis os mesmos brinquedos. Hoje novamente você poderá brincar com o brinquedo que você escolher, dentro desta sala. (6ª) Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. (7ª). Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho?,Repita para mim, por favor.

Domicílio:

Estamos nos encontrando em sua casa como da última vez.(1ª) Estamos contando novamente com a presença sua mãe. Ela vai continuar prestando atenção na forma como lido com você.(2ª) O que foi dito em relação que temos hora para começar e terminar na sessão continua,(3ª) pois temos no máximo 1 hora para ficar em sua casa. (4ª) Por isso é preciso começarmos no horário para aproveitarmos bem o tempo..(5ª) Eu trouxe novamente os mesmos brinquedos. Hoje novamente você poderá brincar com o brinquedo que você escolher, mas dentro desta sala (espaço) de sua casa. (6ª) Se você quiser, eu e sua mãe podemos brincar com você. (7ª) Toda vez que nós terminarmos de brincar com um brinquedo, nós o guardaremos antes de passar para outro. Você entendeu o que foi dito? Então repita para mim, por favor. E você (dirigir-se ao responsável), entendeu o que foi dito ao seu filho?. Repita para mim, por favor.

► **Sessão de Habituação das regras: Uma sessão**
Nº de Sub-regras: 12

Consultório e Domicílio:

(1ª) A partir de hoje nós vamos brincar de uma maneira nova, diferente. (2ª) Nós vamos poder brincar com dois desses brinquedos aqui (TP mostra os brinquedos previamente selecionados). (3ª) Você poderá escolher o brinquedo com o qual quer começar Porém, o brinquedo seguinte será escolhido pela sua mãe. Uma vez é sua e a outra vez é dela. (4ª) Se você não souber brincar com o brinquedo escolhido, você me fala que eu vou lhe ensinar como se joga.(5ª) Quando for a vez de sua mãe escolher o brinquedo com o qual vamos brincar, nós vamos aceitar a escolha dela, pois é a vez dela de escolher. (4ªrepete) Eu também vou ensinar vocês a jogarem, caso um de vocês dois não saibam. (6ª) Durante a nossa brincadeira, você deverá ficar sentado, (7ª) se manter no local em que você esteja brincando, (8ª) prestando atenção à brincadeira e (9ª) falando sobre assuntos da brincadeira que você esteja participando. (10ª) Você só pode passar para outra brincadeira após ter concluído a que estava brincando e (11ª) guardado o brinquedo.(12ª) Você só poderá brincar de uma brincadeira de cada vez. Você entendeu? Repita para mim com suas palavras o que eu lhe falei. Você entendeu (dirigir-se ao responsável)? Repita para mim o seu entendimento, por favor. Repita agora o seu entendimento ao seu filho.

► **Manutenção das regras e instalação de comportamentos de auto-observação + verbalizações da CR e do Responsável: Duas sessões**
Nº de Sub-regras:12

Consultório e Domicílio:

*(1ª) A partir de hoje nós vamos brincar de uma maneira nova.(2ª) Nós vamos poder brincar com dois desses brinquedos aqui (TP mostra os brinquedos previamente selecionados à criança).(3ª) Você poderá escolher o brinquedo com o qual quer começar. E a próxima vez de escolher o brinquedo será de sua mãe. Uma vez é sua e outra vez é de sua mãe.(4ª) Se você não souber brincar com o brinquedo que escolheram, você me fala que eu vou lhe ensinar como se joga, do mesmo modo a sua mãe.Quando for a vez da sua mãe escolher o brinquedo, eu também vou ensinar vocês a jogá-lo.(5ª) Teremos, então, hoje uma forma diferente de brincar que será: passado um tempo, você ouvirá um apito e uma voz neste gravador que dirá: **Veja o que você está fazendo agora.** Então você terá um tempinho para se comportar da seguinte maneira(6ª) ficar sentado,(7ª) se manter no local em que você esteja brincando,(8ª) prestando atenção à brincadeira e (9ª) falando sobre assuntos da brincadeira que você esteja participando. E deverá permanecer desta maneira por um tempinho. (10ª) Caso você faça o que eu estou lhe dizendo, você receberá elogios, vai ouvir eu falar bem do seu comportamento. (11ª) Do mesmo modo, sua mãe poderá fazê-lo (elogiar, comentar de forma positiva o comportamento desejável, dar algum tipo de carinho). (12ª) Não fazendo como estou lhe explicando, não receberá elogios. Você entendeu? Repita para mim com suas palavras o que eu lhe falei. Você entendeu (dirigir-se ao responsável)? Repita para seu filho o que você entendeu.*