

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Programa de habilidades sociais educativas com pais:
efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com
TDAH

Margarette Matesco Rocha

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação Especial.

Área de Concentração: Educação do Indivíduo Especial.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Zilda Aparecida Pereira Del Prette

São Carlos/SP
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

R672ph

Rocha, Margarete Matesco.

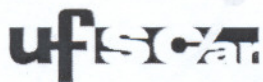
Programa de habilidades sociais educativas com pais :
efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos
com TDAH / Margarete Matesco Rocha. -- São Carlos :
UFSCar, 2009.

235 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,
2009.

1. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).
2. Habilidades sociais. 3. Pais e filhos. 4. Intervenção. I.
Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Tese de **Margarette Matesco Rocha**

Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette
Orientadora
(UFSCar)

Ass. 

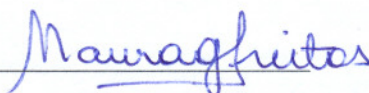
Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
(UFSCar)

Ass. 

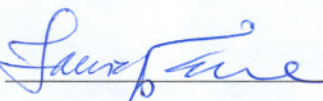
Profa. Dra. Camila Domeniconi
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Maura Glória de Freitas
(UEL)

Ass. 

Profa. Dra. Tânia Gracy Martins do Valle
(UNESP/Bauru)

Ass. 

À minha filha Beatriz, que no seu mundo fantástico e
cor de rosa foi uma grande colaboradora
e ao meu marido Edson, pela paciência, ajuda e carinho.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Zilda Del Prette, pelo olhar de incentivo, pela crítica sincera, pela dedicação ao trabalho de orientação, pelo apoio nos bons e maus momentos e, sobretudo, pelo exemplo de pesquisadora que muito contribuiu para minha formação.

Ao Professor Almir Del Prette, pela convivência amigável e sugestões para a realização da pesquisa.

À Maura Gloria de Freitas, uma grande amiga e parceira, pelo apoio e incentivo na escolha desse caminho e pela disponibilidade em ouvir sobre o trabalho.

À professora Magda Solange Vanzo Pestun, pela competência e espírito incansável na avaliação de todas as crianças.

À Aline, Gabriella, Nayara e Renata pela competência, amizade e dedicação ao longo da análise das filmagens.

À minha mãe Nair e irmã Georgette, pelo apoio incondicional, ajuda sem limites e carinho em todos os momentos.

Ao meu pai Benedito que não acompanhou minha trajetória, mas foi um grande incentivador no início dela.

À Delourdes pelos cuidados e carinho prestados à minha filha na minha ausência.

Às amigas Lucia Buratto, Camila Pereira e Solange Rodovalho, pelo companheirismo e apoio mútuo durante todo o curso.

A todas as crianças e mães que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e empenho para construirmos uma nova história para suas vidas.

Sumário

| | |
|--|------|
| Lista de Figuras | i |
| Lista de Tabelas | iii |
| Resumo | vi |
| Abstract | vii |
| Prefácio | viii |
| Introdução | 1 |
| Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade | 5 |
| Caracterização Geral do TDAH: etiologia, subtipos e prevalência | 5 |
| Fatores orgânicos e psicossociais no TDAH | 12 |
| Abordagens de tratamento ao TDAH | 17 |
| Necessidades educacionais especiais no TDAH | 21 |
| Habilidades sociais na intervenção sobre o TDAH | 26 |
| O campo do Treinamento de Habilidades Sociais | 26 |
| Caracterização do contexto familiar de crianças com TDAH | 31 |
| Programas de intervenção junto a crianças com TDAH e junto a seus pais | 36 |
| Programas de habilidades sociais a crianças com TDAH | 36 |
| Programas de intervenção junto a pais de crianças com TDAH | 41 |
| Promoção de habilidades sociais educativas em programas para pais | 43 |
| Justificativa e Problema de Pesquisa | 48 |
| Método | 53 |
| Participantes e Informantes | 53 |
| Local | 58 |
| Instrumentos | 58 |
| Procedimento | 64 |
| Seleção dos participantes | 64 |

| | |
|--|-----|
| Avaliação pré-intervenção | 65 |
| Devolutiva dos dados de pré-intervenção e definição das classes e subclasses de habilidades sociais alvos da intervenção | 68 |
| Planejamento da Intervenção | 69 |
| Condução do Programa | 76 |
| Avaliação pós-intervenção | 92 |
| Avaliação de Seguimento | 92 |
| Tratamento de dados | 95 |
| Resultados | 99 |
| Discussão | 157 |
| Referências | 192 |
| Anexo A. Parecer do CEP/UFSCar | 208 |
| Anexo B. Parecer do CEP/UEL | 209 |
| Anexo C. Termo de Consentimento para o Núcleo de Psicologia Clínica | 210 |
| Anexo D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. | 213 |
| Anexo E. Protocolo para Registro de Frequência das Habilidades Sociais Educativas durante as Filmagens de Interação Livre e Atividades Estruturadas. | 215 |
| Anexo F. Definição para as categorias de observação. | 216 |
| Anexo G. Indicadores de Habilidades Sociais Educativas (IHSE-autorrelato). | 222 |
| Anexo H. Questionário para avaliação do programa. | 225 |
| Anexo I. Instrumento para caracterização do nível sócioeconômico dos participantes. | 230 |
| Anexo J. Figuras utilizadas na Atividade Estruturada 2 durante as sessões de filmagens. | 231 |
| Anexo K. Texto sobre Habilidades Sociais Educativas. | 232 |
| Anexo L. Habilidades Sociais Educativas enfatizadas/relembradas em cada sessão. | 235 |

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 1 | Fluxograma das atividades realizadas no decorrer do procedimento. | 94 |
| Figura 2 | Varição do escore total médio da importância atribuída às habilidades sociais pelas mães do GE e GC nas diferentes avaliações. | 100 |
| Figura 3 | Varição do escore total médio da importância atribuída às habilidades sociais pelos professores do GE e GC nas diferentes avaliações. | 103 |
| Figura 4 | Percentil médio para o escore total das habilidades sociais das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelas mães. | 105 |
| Figura 5 | Posição percentil dos escores individuais das crianças do GE nos fatores F1, F5 e F6 nas diferentes fases de avaliação, conforme avaliação das mães. | 109 |
| Figura 6 | Percentil médio para o escore total dos problemas de comportamento das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelas mães. | 111 |
| Figura 7 | Posição percentil dos escores individuais das crianças do GE em problemas de comportamento nas diferentes fases de avaliação, conforme avaliação das mães. | 113 |
| Figura 8 | Percentil médio para o escore total das habilidades sociais das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores. | 115 |
| Figura 9 | Percentil médio para o escore total dos problemas de comportamentos das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores. | 117 |
| Figura 10 | Percentil médio para o escore total da competência acadêmica das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores. | 119 |
| Figura 11 | Percentil médio para o escore total das habilidades sociais nas avaliações feitas pelas crianças do GE e GC. | 121 |
| Figura 12 | Percentil médio para o escore total do GE e GC nas fases de pré, pós-intervenção e seguimento no IHS-Del-Prette. | 124 |
| Figura 13 | Pontuação do GE e GC nas questões Q2, Q3 e Q7 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação. | 128 |
| Figura 14 | Pontuação do GE e GC na questão Q1 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação. | 134 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 15 | Pontuação do GE e GC nas questões Q4, Q5 e Q9 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação. | 136 |
| Figura 16 | Pontuação do GE e GC nas questões Q6 e Q8 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação. | 143 |

Lista da Tabelas

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1 | Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. | 08 |
| Tabela 2 | Características dos Programas de Treinamento em Habilidades Sociais Oferecidos aos Pais Concomitantes ao Atendimento dos Filhos. | 38 |
| Tabela 3 | Componentes Comuns nos Programas de Treinamento Comportamental para Pais de Crianças com TDAH. | 42 |
| Tabela 4 | Caracterização das Mães dos Grupos Experimental (GE) e Controle (GC). | 55 |
| Tabela 5 | Caracterização das Crianças dos Grupos Experimental (GE) e Controle (GC). | 57 |
| Tabela 6 | Atividades Realizadas com cada Participante na Etapa de Pré-intervenção. | 65 |
| Tabela 7 | Atividades, Instruções e Materiais Utilizados nas Sessões de Filmagem. | 67 |
| Tabela 8 | Distribuição da Carga Horária nos Diferentes Momentos da Pesquisa. | 74 |
| Tabela 9 | Detalhamento da Fase 1 do Programa de Habilidades Sociais Educativas para Mães de Crianças com TDAH. | 77 |
| Tabela 10 | Classes de Habilidades Sociais Cotidianas alvos do Programa, Vivências e Tarefas de Casa a elas Associadas. | 79 |
| Tabela 11 | Classes, Subclasses e Comportamentos-alvos a serem Ensinados às Crianças. | 83 |
| Tabela 12a | Plano Geral do Programa para a Classe Monitoria Positiva. | 85 |
| Tabela 12b | Plano Geral do Programa para a Classe Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo | 86 |
| Tabela 12c | Plano Geral do Programa para a Classe Estabelecer Limites e Disciplina | 87 |
| Tabela 12d | Plano Geral do Programa para a Classe Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais | 88 |
| Tabela 13 | Estrutura Básica Utilizada no Decorrer de Cada Sessão na Fase 3 | 90 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabela 14 | Média de Concordância Obtida Pelos Juízes em Cada Etapa da Avaliação e nas Diferentes Categorias. | 97 |
| Tabela 15 | Valor médio dos Escores Fatoriais Atribuído à Importância das Habilidades Sociais nas Fases Pré, Pós-intervenção e Seguimento pelas Mães. | 101 |
| Tabela 16 | Valor Médio dos Escores Fatoriais Atribuído à Importância das Habilidades Sociais nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento pelos Professores. | 104 |
| Tabela 17 | Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação das Mães. | 107 |
| Tabela 18 | Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Problemas de Comportamento nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação das Mães. | 112 |
| Tabela 19 | Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação dos Professores. | 116 |
| Tabela 20 | Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Problemas de Comportamento nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação dos Professores. | 118 |
| Tabela 21 | Desempenho das Crianças do GE em cada item Avaliado pela Escala de Competência Acadêmica nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento. | 120 |
| Tabela 22 | Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento na Autoavaliação. | 122 |
| Tabela 23 | Posição Percentil das Mães no Escore Total e nos Escores Fatoriais em Habilidades Sociais Cotidianas nas Diferentes Fases de Avaliação. | 125 |
| Tabela 24 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-intervenção na Q2: Arranjar Situações para Ensinar Comportamentos Sociais aos Filhos. | 129 |
| Tabela 25 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q3: Incentiva os Filhos a Iniciar ou Manter Interações com Outras Pessoas (Adultos e Crianças). | 131 |
| Tabela 26 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q7: Organiza/Incentiva Reuniões de Colegas na Própria Casa. | 133 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 27 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-intervenção na Q1: Aproveitar Situações do Dia-a-Dia para Ensinar Comportamentos Sociais aos Filhos. | 135 |
| Tabela 28 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q4: Falar ao Filho Sobre seus Comportamentos Adequados. | 138 |
| Tabela 29 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q5: Falar ao Filho Sobre seus Comportamentos Inadequados. | 140 |
| Tabela 30 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q9: Estabelecer Regras para Emissão de Comportamentos Sociais. | 142 |
| Tabela 31 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q6: Perguntar ao Professor o que Criança faz Corretamente. | 144 |
| Tabela 32 | Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q8: Usar Meios para Saber Onde Seu Filho está, Com Quem está e O Que está Fazendo. | 146 |
| Tabela 33 | Frequência Total de Habilidades Sociais Educativas nas Filmagens em Cada uma das Classes Avaliadas, nos Diferentes Tipos de Atividades e Momentos da Avaliação. | 148 |
| Tabela 34 | Frequência dos Comportamentos Apresentada pelas Mães do GE e GC em Cada uma das Subclasses nas Diferentes Fases de Avaliação. | 150 |
| Tabela 35 | Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Avaliação Geral do Programa. | 153 |
| Tabela 36 | Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Avaliação dos Procedimentos Utilizados no Decorrer do Programa. | 154 |
| Tabela 37 | Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Preparação nas Diversas Habilidades Treinadas no Decorrer do Programa. | 155 |

Rocha, M. M. (2009). *Programa de Habilidades sociais com pais: Efeitos sobre desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH*. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
Orientadora: Dr^a. Zilda Aparecida Pereira Del Prette.

Resumo

Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) frequentemente apresentam problemas nas interações sociais que acarretam prejuízos sociais, emocionais e acadêmicos. Programas para ensinar habilidades sociais educativas a pais de crianças com TDAH podem contribuir na alteração desse padrão de comportamento. A proposta desse estudo foi avaliar os efeitos de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas (THSE) junto a pais de crianças com TDAH, focalizando tanto a sua validade interna como a externa. A amostra foi composta por 16 mães de crianças com diagnóstico de TDAH, que foram designadas aleatoriamente em dois grupos: Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC). Para a seleção da amostra, além do diagnóstico de TDAH, as crianças deveriam ter entre 7 e 12 anos, estar cursando o ensino fundamental e fazendo uso de medicação específica para o TDAH. O estudo envolveu cinco fases: seleção da amostra, avaliação pré-intervenção, intervenção, avaliação pós-intervenção e seguimento. Nas fases de pré, pós-intervenção e seguimento, a avaliação do repertório de habilidades sociais das mães foi realizada por meio de instrumentos de autorrelato (IHS-Del-Prette) e as habilidades sociais educativas por meio de questionário e videogravação. O repertório de habilidades sociais das crianças foi avaliado pelas mães, pelos professores e pelas próprias crianças por meio do SSRS-BR nas três fases do programa. O programa constou de 31 sessões em grupo e 12 sessões individuais. Os resultados foram analisados em relação à frequência dos escores total e fatoriais (IHS-Del-Prette e SSRS-BR) e da pontuação no questionário e nas filmagens. Para todas as medidas, nos diferentes momentos, os dados foram computados pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 16.0) e analisados estatisticamente (Mann-Whitney para amostras independentes e Wilcoxon para amostras relacionadas). Os resultados mostraram que o programa foi efetivo em promover mudanças significativas para as mães do GE, principalmente naquelas habilidades que foram alvo da intervenção. A generalização dessas habilidades, para o contexto familiar, favoreceu mudanças significativas nos comportamentos sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica das crianças, demonstrando validade externa. As diferenças entre os grupos, experimental e de controle, mostraram impacto sobre o comportamento das mães e das crianças, indicando sua validade interna.

Palavras-chave: treinamento de pais; habilidades sociais educativas; TDAH; educação especial.

Rocha, M. M. (2009). *Social skills program with parents: effects over the social and academic performance of children with ADHD*. Post Graduation Program in Special Education, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
Advisor: Dr^a. Zilda Aparecida Pereira Del Prette.

Abstract

Attention Deficit and Hyperactivity/Impulsivity Disorder (ADHD) children frequently show problems in the social interaction what results in social, emotional and academic impairment. Programs developed to teach educative social skills to parents of ADHD children can contribute to the change of this behavior pattern. The proposal of this study was to evaluate the effects of a training in Educative Social Skills program for parents of ADHD children, focusing both on its internal and external validity. The sample was composed by 16 mothers of children diagnosed with ADHD, randomly assigned into two groups: Experimental Group (EG) and Control Group (CG). For the selection of the sample, in addition to the diagnosis of ADHD, the children must be between 7 and 12 years old, be attending to the elementary school and be under medication specific for ADHD. The study involved five phases: selection of the sample, pre-intervention assessment, intervention, post-intervention evaluation and follow-up. In the phases pre, post-intervention and follow-up, the assessment of the mother's social skills repertoire was done through the use of self-report instruments (IHS-Del-Prette) and the Educative Social Skills through questionnaire and video filming. The children social skills repertoire was assessed by the mothers, the teachers and the children themselves through SSRS-BR in the three phases of the program. The program was composed by 31 group sessions and 12 individual sessions. The results were analyzed in relation to the frequency of the total and factorial scores (IHS-Del-Prette e SSRS-BR), and the scores for the filming and the questionnaire. For all the measures in the different moments the data were computed by the *Statistical Package for Social Science* (SPSS, version 16.0) and analyzed statistically (Mann-Whitney - independent samples and Wilcoxon - related samples). The results show that the program was effective in promoting significant changes for the mothers of the EG, mainly, for those skills which were the target of the intervention. The generalization of these skills, for the familiar context, favored meaningful changes in the social behaviors, behavior problems and academic competency of the children showed external validity. The differences between the two groups, experimental and control, showed impact over the mothers and the children behaviors, indicating its internal validity.

Keywords: parents training; educative social skills; ADHD, special education.

Prefácio

A Análise do Comportamento, enquanto perspectiva teórica, privilegia, na sua concepção de homem e de determinação do comportamento, as interações mantidas entre o homem e o ambiente. Além disso, os conceitos de normalidade e anormalidade, entendidos como construção social, permitem buscar formas de intervenção que privilegiam a modificação dessas interações e, conseqüentemente, desses rótulos socialmente construídos.

Atuar dentro dessa linha de pensamento favoreceu o meu entendimento de que as queixas escolares, sociais e/ou emocionais de crianças trazidas à clínica psicológica eram produtos das contingências estabelecidas no ambiente familiar e escolar e, a partir daí, o direcionamento do meu trabalho ao atendimento de pais de crianças que eram previamente rotuladas por apresentarem problemas variados em diversos contextos de sua vida.

Esse caminho determinou a minha escolha de pesquisa para o doutorado, a intervenção com pais. A questão então era: “pais de quais crianças?”. Observei que à medida que pesquisas progrediram na compreensão e no tratamento do TDAH, mais e mais crianças eram diagnosticadas e encaminhadas para atendimento psicológico. Decidi então que faria um trabalho com pais de crianças com TDAH na mesma perspectiva teórica. O meu contato com essas famílias no consultório e com a extensa literatura sobre o tema somente confirmava a necessidade de atendimento a todos os agentes educativos participantes da vida dessas crianças.

As queixas encontradas relacionavam-se, geralmente, a duas áreas específicas: (a) desempenho escolar insatisfatório (notas baixas, histórico de reprovações e um padrão persistente de não copiar as atividades em sala de aula e as tarefas de casa, ameaças de suspensão e *convites* para mudar-se de escola) e (b) problemas de interação social (brigas na escola e vizinhança, intromissão em conversas, falta de amigos, isolamento social, falta de perspectiva de serem aceitos pelos seus pares e até por parentes mais próximos).

Comecei a pensar na possibilidade de sistematizar um programa para atuar junto a pais dessas crianças, visando ao desenvolvimento das habilidades sociais de seus filhos, influenciada pelo trabalho de duas colegas que estavam na UFSCar cursando mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEES) e tinham como objetivo avaliar programas de treinamento de habilidades sociais para educadores (pais e professores) de crianças com necessidades educacionais especiais. O trabalho delas

foi um grande incentivo para buscar um doutorado nessa linha de atuação, mas, além disso, as boas referências que essas amigas passavam sobre o grupo de pesquisa do PPGEES, denominado Relações Interpessoais e Habilidades Sociais (RIHS) e sobre o próprio PPGEES, incentivavam qualquer pessoa a trilhar o mesmo caminho que elas estavam trilhando.

Pensei que o PPGEES poderia subsidiar reflexões sobre o entendimento das necessidades educacionais dessas crianças e do papel dos agentes educativos (pais e professores) para promover uma educação de qualidade a elas, e eu, em contrapartida, poderia contribuir com a área produzindo um estudo sobre intervenção para pais de crianças com TDAH. O contato com a literatura que versava sobre Educação Especial, habilidades sociais e TDAH e a perspectiva de realizar um trabalho dentro desses temas consolidaram a minha escolha.

Assim, no PPGEES, a linha de pesquisa *Práticas educativas: processos e problemas* pareceu-me, naquele momento, um caminho promissor para atender às minhas expectativas. Na primeira conversa informal com a Professora Zilda, levei meu primeiro grande susto nesse caminho... a pesquisa tinha que ter delineamento experimental e deveria ter a inclusão de um grupo placebo, o qual eu nunca tinha ouvido falar. Fui, então, em busca das condições necessárias e importantes para montar um projeto de pesquisa, acatando suas recomendações. Infelizmente, não foi possível a inclusão de um grupo placebo, que ficou como perspectiva para estudos futuros, mas o delineamento experimental não mudou, não sei se a Professora Zilda aceitaria outro delineamento, nunca ousei perguntar...

Com a entrada no doutorado e o contato com o pessoal do RIHS/LIS, só foi crescendo o meu interesse pela área de habilidades sociais e pelas questões da Educação Especial. Aprendi muito com todos de lá, não só questões teóricas, metodológicas e filosóficas, mas, principalmente, aproveitei bons momentos de contatos sociais, sempre tão prazerosos e enriquecedores. Lógico que depois levei outros sustos, mas esses eu não conto... O que eu posso e devo contar é que esse caminho escolhido fez-me repensar e mudar muitas coisas na vida pessoal e profissional, menos o delineamento da pesquisa.

Introdução

Na escola, a maioria das crianças com TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) tem problemas significativos com comportamentos relativos às tarefas escolares e aos comportamentos sociais, o que contribui para que elas tenham grandes dificuldades de ajustamento diante das demandas desse contexto e sejam encaminhadas aos programas de Educação Especial. Segundo Pfiffner (2002), entre 40% a 50% dessas crianças receberão algum tipo de serviços formais por meio de programas de Educação Especial, como salas de recursos, e até 10% poderão passar todo o seu dia nesses programas.

Esses aspectos, críticos na escolarização de crianças com TDAH, incluindo a necessidade de educação especial, foram examinados por Goldstein e Goldstein (1994). Os autores estimaram que aproximadamente 10% a 30% dessas crianças passam por incapacidades específicas de aprendizagem e recebem alguma forma de educação especial, outras 30% apresentam problemas de comportamento que exigem trabalho com o psicólogo da escola, em grupo ou individualmente e, dentre elas, algumas podem necessitar de colocação em uma sala de educação especial, durante parte de seu dia, para completar o seu trabalho e não atrapalhar outras crianças.

No Brasil, dados a respeito da proporção de crianças com TDAH nos programas de educação especial ainda não foram estimados, sendo que os disponíveis referem-se ao número de alunos matriculados na Educação Especial sob a rubrica de condutas típicas. No ano de 2006, crianças com condutas típicas ocupavam o segundo lugar em termos de matrículas na Educação Especial e frequentavam, em sua grande maioria, escolas regulares/classes comuns. O número de matrículas no ensino superior demonstra que cerca de 450 alunos com condutas típicas frequentavam, em 2006, essa etapa/modalidade de ensino (Brasil, 2006), que corresponde aproximadamente a 0,01%¹ do total de matrículas no ensino superior presencial no Brasil.

¹ Proporção obtida a partir do número total de matrículas (4.676.646) no ensino superior brasileiro (presencial), constatada pelo Censo da Educação Superior realizado pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) em 2006.

Os atuais critérios de definição da clientela da educação especial estão descritos nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Resolução 2/2001).

De acordo com esse documento, tal clientela é constituída por três grandes grupos, cada qual reunindo tipos e graus de necessidades educacionais especiais (Brasil, 2001). O primeiro grupo refere-se àqueles estudantes com dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento, podendo estar vinculado a condições, disfunções, limitações ou deficiências ou sem vinculação a uma causa orgânica específica, o que dificulta o acompanhamento das atividades curriculares. No segundo grupo estão alunos com dificuldades sensoriais, particularmente alunos que apresentam surdez, cegueira, surdo-cegueira ou distúrbios acentuados de linguagem, necessitando de formas diferenciadas de ensino e adaptações de acesso ao currículo. No terceiro grupo estão os alunos com altas habilidades/superdotação que, devido à grande facilidade de aprendizagem, dominam rapidamente os conceitos, os procedimentos e as atitudes e, para aprofundar e enriquecer esses conteúdos, devem receber desafios suplementares em classe comum, em sala de recursos ou em outros espaços definidos pelos sistemas de ensino, inclusive para concluir, em menor tempo, a série ou etapa escolar.

É dentro do primeiro grupo que se encontram os alunos com dificuldades de adaptação escolar por manifestações de condutas típicas, definidas como “dificuldades causadas por comportamentos que tendem a prejudicar, e por vezes inviabilizar, as relações do aluno com seu professor e/ou com seus colegas, com os materiais de uso pessoal e coletivo e ainda o processo ensino aprendizagem” (Brasil, 2002a, p. 15). Na perspectiva dos documentos oficiais (Brasil, 2002a;b), alunos com sintomas primários (desatenção e hiperatividade) do TDHA² são denominados “alunos com condutas típicas” por apresentarem dificuldades acentuadas de aprendizagem associadas às condutas típicas de síndromes de quadros neurológicos.

De forma mais explícita, são crianças que não conseguem focar a atenção, isto é, frente a conjunto de estímulos aos quais são expostos, não conseguem selecionar o que é relevante e o que deve ser ignorado e, em consequência, seu processo de aprendizagem, acadêmico ou social, é prejudicado (Hübner & Marinotti, 2000).

² Nos documentos oficiais, a referência aos alunos com TDAH é feita com relação aos comportamentos de desatenção e hiperatividade apresentados por esses alunos, não sendo, portanto, utilizada a expressão Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade ou acrônimo (TDAH).

Considerando o modelo comportamental de autocontrole, supõe-se que o comportamento de indivíduos com TDAH é afetado, principalmente, por consequências imediatas e que consequências atrasadas têm sua função reduzida, caracterizando-se, desta forma, o conjunto de respostas que descreve os comportamentos de impulsividade/hiperatividade observados em indivíduos com TDAH (Hoerger & Mace, 2006; Neef *et al.*, 2005).

Assim, cabe ressaltar que a Educação Especial não se refere somente às crianças com deficiência, mas a todas as crianças que enfrentam barreiras de acesso à escolarização ou de acesso ao currículo, que levam ao fracasso escolar e à exclusão social (Ferreira, 2005), como é o caso das crianças com TDAH. Além disso, um dos pressupostos básicos da Educação Especial é o questionamento da patologização do comportamento e a defesa da necessidade das escolas flexibilizarem suas expectativas e se prepararem pedagogicamente para receber alunos com necessidades educacionais especiais na sua prática diária, diferentemente de especialistas no transtorno biológico, os quais acentuam os fatores genéticos e prescrevem tratamentos voltados para a redução dos sintomas e adaptação do indivíduo a padrões de comportamento preestabelecidos (Landskron & Sperb, 2007).

Quanto ao uso dos termos “TDAH” ou “crianças com TDAH”, eles não serão aqui utilizados como explicação do comportamento nem para justificar os desempenhos apresentados por essas crianças, até porque o rótulo não traz em si qualquer explicação para o fenômeno comportamental, que é sempre tão complexo. Serão usados para identificar formas predominantes de desempenhos (sociais e escolares) de um grupo de crianças que apresenta um estilo próprio de aprendizado, em situação formal e informal, e com o propósito primordial de orientar e de discutir as ações educativas necessárias a esse grupo de crianças.

Dentre as possíveis ações educativas, este trabalho orienta-se para o atendimento aos pais dessas crianças, discutindo ações necessárias para o desenvolvimento das interações pessoais, porque, quando prejudicadas, comprometem seu ajustamento frente às demandas do contexto escolar. Considera-se que, no caso específico de crianças com TDAH, a provável inter-relação entre o repertório dos pais (dificuldades familiares e déficits em habilidades sociais educativas), as dificuldades em vários domínios apresentadas pelas crianças (habilidades sociais, aprendizagem e problemas de comportamento) e a evidente influência recíproca entre esses domínios (Welsh, Parke,

Widaman & O'Neil, 2001) pode favorecer problemas emocionais, outros transtornos e a exclusão social.

Desta forma, priorizar atendimento aos pais, com vistas a ações educativas mais efetivas, pode tanto contribuir para a superação das dificuldades/déficits parentais como para a promoção do desenvolvimento das habilidades sociais dos filhos, favorecendo a superação dos problemas de comportamento e as dificuldades de aprendizagem. A superação ou a minimização dessas dificuldades, por sua vez, podem colaborar com o processo de inclusão escolar, possibilitando que esses alunos desfrutem das oportunidades sociais e educacionais promovidas pelo ambiente escolar.

A justificativa do presente estudo está organizada em quatro capítulos. O Capítulo 1 apresenta a caracterização do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): prevalência, etiologia e tratamentos e das necessidades educacionais de crianças com TDAH. No Capítulo 2 é apresentada revisão teórica relacionada ao campo das Habilidades Sociais e abordados aspectos da caracterização do contexto familiar de crianças com TDAH. No Capítulo 3 são apresentados os programas de treinamento de habilidades sociais às crianças com TDAH, os programas clássicos de intervenção junto a pais de crianças com TDAH e os programas brasileiros que utilizaram treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com diferentes características/dificuldades. No Capítulo 4 são formalmente explicitados o problema de pesquisa e os objetivos.

Capítulo 1

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Atualmente existem muitas publicações nacionais e internacionais que retratam as diversas características do TDAH. Essas pesquisas trazem informações relevantes sobre sua caracterização e análises atualizadas de descobertas relativas ao transtorno, com o objetivo de favorecer um entendimento de suas várias dimensões apoiado em evidências empíricas. Embora ainda não existam dados conclusivos sobre diversos aspectos desse transtorno, esses estudos mostram caminhos promissores para o entendimento da sua influência na vida familiar, social, escolar das pessoas com esse diagnóstico bem como a importância desses contextos na minimização dos problemas e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Segue-se, então, uma apresentação das características gerais do TDAH abordando a prevalência, os critérios diagnósticos e os subtipos, a etiologia (fatores orgânicos e psicossociais), as abordagens de tratamento e as necessidades educacionais especiais dessas crianças.

1 Caracterização geral do TDAH: prevalência, critérios diagnósticos e subtipos

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) caracteriza-se, essencialmente, por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mais frequente e severo do que habitualmente observado em indivíduos com um nível de desenvolvimento comparável (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* [DSM- IV-TR], 2002).

Embora seja um dos transtornos mais comuns na infância, ainda não há um acordo acerca da prevalência exata do TDAH na população. Essa falta de consenso é decorrente das diferenças metodológicas entre os estudos com relação à representatividade e tamanho da amostra (Petersen, Bilenberg, Hoerder & Gillberg, 2006), aos diferentes tipos de amostra (clínicas ou populacionais) e à idade das crianças participantes nos vários estudos (Golfeto & Barbosa, 2003). Além disso, à utilização de diferentes tipos de entrevistas - estruturada, semi-estruturada ou livre e aos delineamentos de estudos (Golfeto & Barbosa, 2003; Petersen *et al.* 2006); às várias definições adotadas devido ao uso de sistemas diagnósticos diferenciados (principalmente o DSM e o CID) e ao critério para definição, que pode ou não incluir os prejuízos funcionais (Petersen *et al.*, 2006) e ao uso de

diferentes fontes de informação como pais, professores ou o próprio indivíduo (Golfeto & Barbosa, 2003).

No DSM-IV-TR, a prevalência é estimada para 3 a 5% das crianças em idade escolar. De acordo com a *American Academy of Pediatrics* [AAP], (2000), para essa mesma população, a prevalência varia de 5,5 a 8,5%, sendo 6,9% a média encontrada em diversos estudos. No Brasil, não há dados sobre a prevalência do TDAH no país, porém a maioria dos estudos, em diferentes cidades brasileiras, assinala que elas estão dentro das estimativas previstas em crianças de 6 a 15 anos.

O estudo piloto realizado por Freire e Pondé (2005), em escolas públicas e privadas de Salvador (BA), utilizou a Escala de TDAH (versão para professores) e constatou a prevalência de 8% em crianças de 6 a 15 anos. Poeta e Neto (2004) utilizando a Escala de Farré e Narbona (versão para pais e professores) avaliaram crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas de Florianópolis (SC) e constataram a prevalência de 5%. Rohde *et al.* (1999), usando como instrumento uma escala baseada no DSM-IV e avaliação clínica e comportamental, encontraram prevalência de 5,8% em adolescentes entre 12 e 14 anos da cidade de Porto Alegre (RS). Ainda em Porto Alegre, Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) ao utilizarem, de forma independente, o DSM-IV e critérios neuropsicológicos, verificaram prevalências de 18% e 3,5%, respectivamente, em crianças com idade entre 6 e 8 anos que frequentavam escolas públicas ou privadas.

Em Niterói (RJ), Vasconcelos *et al.* (2003), utilizando uma avaliação estruturada que incluía cinco critérios de diagnóstico de TDAH definidos no DSM-IV, encontraram uma prevalência de 17,1% em uma população de 6 a 15 anos de uma escola pública primária. Mais recentemente, Fontana, Vasconcelos, Wener, Góes e Liberal (2007) identificaram, utilizando critérios do DSM-IV (respondido por pais e professores), anamnese, exame físico pediátrico e neurológico, a prevalência de 13% em crianças de 6 a 12 anos de quatro escolas públicas de São Gonçalo (RJ).

Nesses estudos brasileiros, a variação das taxas de prevalência não se constitui uma surpresa, visto que qualquer um dos valores identificados encontra respaldo na literatura internacional, que também apresenta uma ampla variação de valores (Golfeto e Barbosa, 2003). Os diferentes instrumentos e critérios diagnósticos utilizados, a fonte para obtenção das informações (pais, crianças, adolescentes e/ou professores) utilizada no processo de avaliação diagnóstica e a inclusão ou não dos prejuízos funcionais ao diagnóstico podem

ser considerados como os principais fatores que determinam a variação nas taxas de prevalência do TDAH (Golfeto & Barbosa, 2003).

Os critérios diagnósticos atuais para o TDAH são descritos pelo DSM-IV. A classificação diagnóstica resulta da análise de pelo menos cinco critérios. No Critério A, é necessária a presença de seis ou mais sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade ou de ambos por um período superior a seis meses e em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento (ver Tabela 1). No Critério B, é estipulado que esses sintomas estejam presentes antes dos 7 anos de idade. Os prejuízos causados pelos sintomas devem estar presentes em dois ou mais ambientes incluindo casa, escola, relações sociais e trabalho (Critério C). No Critério D, deve haver claras evidências de prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. No Critério E, o avaliador precisa ser hábil em distinguir o TDAH de outros transtornos (Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico) em que os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso do transtorno.

Tabela 1

Crêterios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Aten o e Hiperatividade

Desaten o

- a) frequentemente deixa de prestar aten o a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- b) com frequência tem dificuldades para manter a aten o em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) com frequência não segue instru es e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposi o ou incapacidade de compreender instru es);
- e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- h)   facilmente distraído por estímulos alheios   tarefa;
- i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

Hiperatividade

- a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situa es nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situa es nas quais isto   inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensa es subjetivas de inquieta o);
- d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
- f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade

- g) frequentemente d  respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
 - h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
 - i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).
-

A manifestação concomitante dos comportamentos de desatenção e hiperatividade/impulsividade não é comum a todas as crianças diagnósticas com TDAH. Algumas demonstram somente comportamentos relacionados ou à desatenção ou à hiperatividade/impulsividade. Essas diferentes manifestações são classificadas pelo DSM-IV como subtipos do TDAH, com base no predomínio de sintomas de desatenção (*tipo predominantemente desatento*) ou sintomas de hiperatividade e impulsividade (*tipo predominantemente hiperativo-impulsivo*) ou de ambos (*tipo combinado*).

A análise da prevalência dos subtipos demonstra também a falta de dados conclusivos. No Brasil, os estudos de Fontana, Vasconcelos, Wener, Góes e Liberal (2007), Poeta e Neto (2004), Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) e Rohde *et al.* (1999) constataram maior prevalência do tipo combinado, seguido pelo subtipo desatento e hiperatividade. Já nos estudos de Vasconcelos *et al.* (2003) e Freire e Pondé (2005), o subtipo desatento foi o mais frequente (39,1% e 5%, respectivamente), porém a frequência dos outros dois subtipos apresentou resultados inversos, sendo que o subtipo hiperativo e combinado apresentaram prevalência de 23, 2% e 0,66%, respectivamente, no estudo de Vasconcelos *et al.* (2003) e de 2% e 37,7% no estudo de Freire e Pondé (2005). De acordo com Andrade (2003), a prevalência do subtipo desatento é maior em amostras clínicas; no entanto, todos os estudos brasileiros apresentados anteriormente foram realizados com amostras de escolares. As diferenças, provavelmente, devem-se mais a aspectos metodológicos que amostrais.

Na literatura internacional, a revisão sobre a prevalência dos subtipos, realizada por Woo e Rey (2005), constatou que tanto nos estudos que utilizaram escalas de avaliação como naqueles que utilizaram entrevistas, ou outros julgamentos clínicos, o subtipo desatento foi o mais comum com prevalência de 8,0% e 45% respectivamente. Para os outros dois subtipos foram verificadas prevalências de 4,0% e 34% para o combinado e de 3,4% e 21% para hiperatividade.

Embora ainda não haja um acordo acerca da prevalência dos subtipos de TDAH, vários estudos procuraram identificar os prejuízos ocasionados por cada um dos subtipos em diferentes áreas. Mcburnett *et al.* (1999) verificaram que crianças com subtipo desatento apresentam mais prejuízos acadêmicos, as com subtipo hiperatividade/impulsividade, mais problemas de comportamento social e as com o subtipo combinado, prejuízo em ambos os domínios, possivelmente mais severo que nos outros tipos. Gadow *et al.* (2004) também verificaram que os problemas de comportamento são

mais evidentes para os subtipos hiperatividade e combinado que para o subtipo desatento, já os prejuízos acadêmicos eram maiores para os subtipos desatento e combinado que para o subtipo hiperatividade. Os autores concluíram que os subtipos combinado e hiperativo apresentavam maior e menor prejuízo global, respectivamente. Especificamente em relação ao desempenho acadêmico, os autores verificaram que os subtipos combinado e desatento apresentam riscos mais significativos de baixo desempenho educacional.

Nesse mesmo sentido, Faraone, Biederman, Weber e Russell (1998) haviam alertado que crianças com desatenção não são notadamente diferentes dos outros subtipos em relação ao desempenho acadêmico. Nesse estudo, não foi constatada diferença entre os subtipos em relação a dificuldades de aprendizagem, colocação em classe especial e repetição de série. Por exemplo, verificou-se que as crianças com subtipo combinado eram mais prováveis de serem colocadas em classes especiais, quando comparadas as do subtipo desatento e que as crianças com o subtipo desatento e hiperativo-impulsivo tinham mais probabilidade de serem colocadas em salas especiais, quando comparadas às crianças do grupo controle. Segundo Loe e Feldman (2007), ainda não há clareza na literatura se as características acadêmicas e educacionais de crianças com TDAH do subtipo desatento são substancialmente diferentes das características de crianças com o subtipo combinado.

Além das várias formas de apresentação e subtipos do TDAH, estima-se que mais de 50% das crianças com TDAH apresentam co-morbidades com outras patologias (Condemarin, Gorostegui & Milicic, 2006; Rodhe & Benczik, 1999). Isso significa que, além do comprometimento associado aos sintomas básicos de desatenção, hiperatividade e impulsividade, crianças e adolescentes portadores de TDAH, com significativa frequência, podem apresentar comprometimentos adicionais decorrentes da co-morbidade com outros transtornos psiquiátricos. Os principais tipos de co-morbidade (Souza & Pinheiro, 2003) são: Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), Transtorno de Conduta (TC), Transtornos de Tiques, Transtornos de Ansiedade, Transtornos do Humor (depressivo e bipolar), Transtornos do Aprendizado e da Linguagem. Esses transtornos aumentam potencialmente o comprometimento funcional de crianças e adolescentes com TDAH (Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001) e afetam de modo significativo a expressão dos sintomas, o prognóstico e a resposta ao tratamento (Condemarin *et al.*, 2006).

O estudo de Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) realizado com crianças brasileiras de 7 a 11 anos com TDAH, conforme critérios do DSM-IV (n= 35) por meio de exames neurológicos normais e exames neurológicos evolutivos (ENE), constatou que

mais da metade das crianças (54,2%) apresentava transtorno de conduta ou transtorno desafiador de oposição. Além disso, os autores verificaram que as co-morbidades tinham efeitos sobre os sintomas básicos do TDAH, por exemplo, crianças com TDAH e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição seriam mais impulsivas que crianças com TDAH sem co-morbidades ou com TDAH e Transtorno de Ansiedade. Por outro lado, crianças com TDAH, Transtorno de Ansiedade e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição apresentavam impulsividade similar àquelas crianças com TDAH e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição, porém sem o Transtorno de Ansiedade. Nesses casos, o transtorno de ansiedade não mitiga os sintomas de hiperatividade e impulsividade em crianças com TDAH.

Quanto à interação entre co-morbidade e respostas ao tratamento, Possa *et al.* (2005) afirmam que os transtornos disruptivos têm poderosos efeitos nas características básicas do TDAH, porém raramente interagem com a resposta ao tratamento. Já o Transtorno de Ansiedade exerce efeitos mais discretos nas características básicas do TDAH, mas frequentemente interage com a resposta a tratamentos específicos (crianças com TDAH e Transtorno de Ansiedade respondem melhor ao tratamento). A possibilidade da presença de co-morbidades indica, portanto, a necessidade de avaliação clínica rigorosa para um diagnóstico e consecutivo tratamento bem sucedido.

Em conclusão, o TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Mesmo diante de dados não conclusivos sobre a prevalência exata na população brasileira, estima-se que no mínimo 3,5% das crianças brasileiras, em idade escolar, apresentam o transtorno que ocasiona efeitos devastadores na sua vida escolar, familiar e social sendo, portanto, um tema merecedor de discussões em diversas áreas de conhecimento como neuropsiquiatria, psiquiatria, psicologia, pedagogia e educação especial. Apesar de ser objeto de estudos há várias décadas, permanecem ainda variações significativas na explicação da sua etiologia. Os principais fatores relacionados às causas do TDAH serão apresentados a seguir.

2 Fatores orgânicos e psicossociais no TDAH

Quanto às causas do TDAH, ainda não há precisão exata de qual ou quais sejam as causas. Há, entretanto, certo consenso a respeito das bases neurobiológicas em que interagem fatores herdados, alterações neuroanatômicas e disfunção dos sistemas de neurotransmissores, sobre os quais finalmente influiriam os fatores ambientais (Condemarin *et al.*, 2006). Como salientou Bender (1997), a maioria dos fatores é correlacionada e, portanto, não se pode, definitivamente, apontar uma relação de causa e efeito.

As pesquisas neurológicas relatam que indivíduos com TDAH têm alterações em uma região do cérebro chamada região orbital frontal. Essa região é uma das mais desenvolvidas no ser humano em comparação com outras espécies animais e é responsável pela inibição do comportamento, pela atenção concentrada, pelo autocontrole e pelo planejamento para o futuro (Rodhe & Benczik, 1999). Sendo o cérebro um órgão em que as partes apresentam alto grau de interligação, outras áreas que possuem conexão com a área frontal podem ter o funcionamento prejudicado. Nesse sentido, Rodhe e Benczik (1999) afirmam que:

[..] alteração em uma área chamada *córtex parietal posterior*, bastante relacionada com a atenção, tem sido encontrada em indivíduos com TDAH. Mesmo alterações nas conexões da região frontal com outras áreas do cérebro – como as conexões que passam por uma estrutura conhecida como *núcleo caudado* até chegarem a uma região mais profunda conhecida como *sistema límbico* – podem estar associada ao TDAH. Fica claro, portanto, que muito provavelmente as alterações responsáveis pelo transtorno possam ocorrer em diversos pontos interligados do cérebro (p. 56).

Biederman (2005) sugere que, embora haja inconsistência entre estudos, é notável um padrão de déficits relatados em estudos de neurobiologia, neuroimagem e neuropsicologia do TDAH, apoiando a hipótese de que déficits na função do lobo frontal e as conexões entre o lobo frontal e regiões subcorticais são a base do TDAH. Os estudos de neuroimagem e neuropsicologia têm evidenciado que indivíduos com TDAH apresentam anormalidades cerebrais estruturais e funcionais (Faraone, 2006). De acordo com Biederman (2005), os estudos de neuroimagem estrutural que utilizam tomografia computadorizada ou imagem de ressonância magnética evidenciam que o achado mais comum é o menor volume do córtex frontal, cerebelo e estruturas subcorticais. Os estudos

funcionais mostram-se consistentes com estudos estruturais, demonstrando comprometimento dos sistemas fronto-subcortical, contudo há uma falta de acordo sobre o *locus* ou lateralidade dos prejuízos observados. Assim, conclui o autor, estudos sobre imagem do cérebro ajustam-se bem à concepção de que, no TDAH, ocorrem disfunções em vias fronto-subcorticais. Rodhe e Benczik (1999) afirmam que, nessas áreas da região cerebral, o funcionamento de algumas substâncias conhecidas como neurotransmissores, especificamente dopamina e noradrenalina, parecem estar deficitários, em quantidade e funcionamento, em indivíduos com TDAH. A participação dos neurotransmissores no TDAH tem sido sugerida devido à eficácia clínica apresentada por drogas dopaminérgicas (por exemplo, metilfenidato) sobre os sintomas centrais associados ao TDAH (Daley, 2006) e também pelos resultados de estudos com animais que, quando lesionados em vias dopaminérgicas, criam modelos animais de TDAH (Biederman & Faraone, 2005).

A participação genética também tem sido apontada como uma das principais causas do TDAH, embora haja reconhecimento de que não se constitui a única causa. Estudos com gêmeos demonstraram que essa participação gira em torno de 76% dos casos de TDAH, sendo que essa estimativa não se alterou no período de 1973 a 2004, apesar das alterações ocorridas nos sistemas diagnósticos (Biederman & Faraone, 2005).

Estudos com adotivos também oferecem evidências da hereditariedade do TDAH. A suposição fundamental, subjacente a esses estudos, é que uma desordem com influência genética mostrará maior prevalência entre parentes biológicos de crianças afetadas que entre parentes adotivos (Thapar, Langley, Asherson & Gill, 2007). A comparação entre pais adotivos e biológicos de crianças com TDAH mostrou que 6% de pais adotivos apresentavam TDAH, comparado a 18% de pais biológicos de crianças não adotadas, podendo-se concluir que filhos adotados são menos prováveis de apresentar TDAH, quando comparados a filhos biológicos de pais com TDAH (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy & Faraone, 2000). Em resumo, Thapar *et al* (2007), referindo-se a dois estudos prévios (Thapar, O'Donovan & Owen, 2005; Thapar *et al.*, 2006), afirmam que pesquisas com gêmeos e adotados mostram evidências consistentes de que fatores genéticos contribuem para a etiologia do TDAH com estimativas de hereditariedade entre 60-91%.

Adicionalmente, estudos com gêmeos mostram que fatores genéticos são o contribuinte principal para a continuidade de sintomas do TDAH com o passar do tempo e para a ligação entre TDAH e comportamento antissocial. Ainda com relação à genética, acredita-se que o transtorno não ocorre devido ao efeito de um único gene (Roman,

Schmitz, Polanczyk & Hutz, 2003). Diversos genes diferentes, de pequeno efeito, somados aos diferentes agentes ambientais, são considerados como responsáveis pela vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno e contribuem para sua manifestação (Roman *et al.*, 2003; Flick, 1998; Faraone *et al.*, 2005).

Embora haja essa consistência em termos da hereditariedade do TDAH, o modo de transmissão ainda é desconhecido (Wohl, Purper-Ouakil, Mouren, Ades & Gorwood, 2005). As investigações mais recentes de genética têm examinado quais genes, em particular, poderiam estar implicados no TDAH focalizando, principalmente, os genes envolvidos na transmissão dopaminérgica (Daley, 2006; Thapar *et al.*, 2005). Isso reflete uma convergência de evidências a partir de estudos de farmacologia, neuroimagem e animal, sugerindo que o TDAH reflete uma anormalidade de neurotransmissão dopaminérgica (Thapar *et al.*, 2005). A descrição dos genes candidatos no TDAH pode ser encontrada em Roman *et al.* (2003); Thapar *et al.* (2005); Faraone *et al.* (2005).

O TDAH e seu curso subsequente de desenvolvimento não são explicados completamente através de genes. Há inúmeros outros fatores que também parecem estar associados ao TDAH (Thapar *et al.*, 2007). O reconhecimento da participação de diversos fatores pode ser sintetizado pela afirmação de Biederman e Faraone (2005):

As hipóteses sobre a causa do TDAH evoluíram de teorias que defendiam uma causa única e simples para uma visão de que a desordem é complexa e multifatorial, causada pela confluência de muitos tipos diferentes de fatores de risco (genético, biológico, ambiental, psicossocial), com cada tipo tendo um efeito pequeno sobre o aumento da vulnerabilidade para a desordem por meio de seus efeitos aditivos e interativos [...]. De acordo com esse modelo multifatorial de TDAH, nenhum fator causal é necessário ou suficiente para iniciar a desordem e todos eles são intercambiáveis (isto é, somente o número total é importante). Essa visão multifatorial do TDAH é consistente com a heterogeneidade registrada em sua patofisiologia e expressão clínica (p. 243).

Os fatores biológicos, incluindo aditivos e dietas alimentares, contaminação por chumbo, consumo de cigarro e álcool durante gravidez e baixo peso ao nascer, têm sido considerados como fatores que contribuem para o TDAH (Biederman, 2005; Spencer, Biederman & Mick, 2007). Dentre os fatores de risco citados, os fatores alimentares, como aditivos, corantes, saborizantes, salicilatos, defensivos químicos que, durante os anos 70, foram relacionados ao TDAH, não foram comprovados cientificamente e, atualmente, não são considerados como fatores que contribuem para a etiologia do TDAH (Condemarin, *et al.* 2006; Barkley, 2002). Ainda dentro dos fatores alimentares, a relação entre ingestão do

açúcar e TDAH também carece de evidências científicas, uma vez que não há comprovações da influência alimentar no desenvolvimento ou exacerbação do TDAH.

Outra hipótese biológica é a contaminação por chumbo. Segundo Biederman (2005) vários estudos demonstraram que a exposição ao chumbo pode ter como consequências a distração, a hiperatividade, a inquietação e menor funcionamento intelectual, mas a maioria dos casos de TDAH não tem histórico de exposição ao chumbo e há evidências de crianças com alta exposição ao chumbo que não desenvolveram TDAH. Para Barkley (2002), embora a relação entre chumbo e TDAH seja fraca, ela se mostra constante em vários estudos, principalmente quando a exposição ocorre entre os 12 e 36 meses de vida.

Quanto à relação entre fumar durante a gravidez e TDAH, o estudo brasileiro realizado por Schmitz *et al.* (2006) avaliou a relação entre consumo de cigarros na gravidez e TDAH do tipo desatento. Participaram do estudo 100 crianças e adolescentes com TDAH e 100 crianças e adolescentes sem TDAH, com idade entre 6 e 18 anos, de escolas públicas de Porto Alegre. Os resultados mostraram que a chance de ter TDAH do tipo desatento era 3,44 vezes maior para aquelas crianças cujas mães fumaram 10 ou mais cigarros por dia, durante a gravidez. Praticamente a mesma proporção foi verificada por Linnert *et al.* (2005) ao constatarem que mulheres fumantes durante a gravidez apresentavam três vezes mais chances de ter filhos com TDAH, quando comparadas a mulheres não fumantes. Assim como o consumo de cigarro, a exposição pré-natal ao álcool aumenta 2,5 vezes o risco da criança apresentar TDAH (Mick, Biederman, Faraone, Sayer & Kleinman, 2002). Embora se reconheça que as conclusões sobre a exposição fetal ao álcool e nicotina e TDAH ainda não sejam definitivas, os resultados, de maneira geral, apontam que o consumo de álcool e/ou fumo pela mãe durante a gravidez aumenta o risco de a criança apresentar TDAH.

Os fatores psicossociais representam outra abordagem sobre os determinantes do TDAH. Os estudos que revisaram os fatores psicossociais identificaram variáveis familiares, como discórdia matrimonial severa, criminalidade paterna, desordem mental materna, conflitos familiares crônicos bem como nível social baixo e colocação para cuidados adotivos, como fatores de risco para o TDAH (Biederman, 2005; Spencer *et al.*, 2007). Dentre esses fatores, Biederman, Faraone e Monuteaux (2002) examinaram a associação entre adversidade ambiental e TDAH, utilizando os indicadores de adversidade psicossocial propostos por Rutter, e constataram que adversidades psicossociais em geral como classe social baixa, psicopatologia materna e conflitos familiares, em particular,

aumentam o risco para o TDAH. De acordo com os resultados, é a somatória de fatores adversos com a ausência de fatores de proteção e não a presença de um único fator, que favorece o desenvolvimento do TDAH (Biederman, 2005).

No Brasil, Vasconcelos *et al.* (2005) analisaram a contribuição dos fatores psicossociais para a ocorrência do TDAH. O estudo foi realizado com 403 crianças de uma escola pública primária. Os resultados apontaram que a exposição da criança a “brigas conjugais no passado” aumenta em 11,66% o risco de ter o diagnóstico de TDAH.

Além dos fatores de risco biológicos e familiares, a escola também pode contribuir tanto para a ocorrência como para a prevenção ou superação dos problemas de comportamento. Segundo Hallahan e Kauffman (2003), muitas crianças apresentam problemas de comportamento antes de entrar na escola, outras desenvolvem tais desordens durante sua vida escolar, talvez por causa das demandas do próprio contexto escolar. As crianças que apresentam desordens emocionais e de comportamento, quando entram na escola, podem melhorar ou piorar dependendo da forma como são tratadas nesse contexto. A experiência escolar é, sem dúvida, de grande importância para qualquer criança, mas tal como os fatores familiares e biológicos, não há dados do quanto tais experiências contribuem para as dificuldades comportamentais apresentadas pela criança.

Conforme Hallahan e Kauffman (2003), a escola pode contribuir de diversos modos para o desenvolvimento das desordens emocionais e comportamentais: (a) professores podem ser insensíveis às necessidades individuais da criança, requerendo uma conformidade às regras e às rotinas dentro da média; (b) professores podem ter altas ou baixas expectativas em relação às realizações ou às condutas das crianças e passar para elas o quanto estão decepcionados, sugerindo que são inadequadas ou indesejáveis; (c) a disciplina na escola pode ser negligente (frouxa), rígida ou inconsistente; (d) o ambiente escolar pode recompensar o mau comportamento da criança com atenção e ignorar o comportamento adequado; (e) professores e pares podem ser modelo de má conduta e a criança pode imitá-los.

Para Biederman (2005), apesar da evidente influência das adversidades psicossociais no TDAH, esses fatores não são preceptores específicos do TDAH e sim preceptores universais do funcionamento adaptável e da saúde emocional de crianças. Com isso, fatores psicossociais não são considerados determinantes do TDAH, mas podem ser responsáveis por seu curso e prognóstico (Condemarin *et al.*, 2006). A confluência de fatores genéticos e ambientais torna o TDAH uma desordem multifatorial em que cada

fator tem um pequeno efeito sobre o aumento da vulnerabilidade para o transtorno e sugere a necessidade de linhas múltiplas de pesquisa para entender os mecanismos que conduzem ao transtorno (Faraone, 2006).

3 Abordagens de tratamento ao TDAH

Os tratamentos mais comuns para crianças com TDAH são os medicamentos e intervenções denominadas psicossociais. Dentre os medicamentos citados na literatura (Correia Filho & Pastura, 2003; Silva & Rodhe, 2003) destacam-se os estimulantes (metilfenidato, anfetaminas), as atomoxetinas, os antidepressivos (bupropina, tricíclicos), os antipsicóticos (risperidona) e os estabilizadores de humor (carbamazepina e lítio). Os estimulantes são os agentes mais efetivos, mas a atomoxetina também é um agente valioso para aqueles pacientes que não respondem aos estimulantes ou que apresentam co-morbidades de ansiedade ou de depressão e os antidepressivos têm um papel valioso no tratamento de tiques (Pliszka, 2007).

Para Rohde e Benczik (1999), o uso correto de medicamentos produz melhoras significativas dos sintomas do TDAH para 70% das crianças medicadas. Esses efeitos positivos são evidenciados, sobretudo nos sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD [MTA]*, 1999) e, mesmo sendo de curto prazo, permitem à criança ganhos imediatos nos diversos contextos onde participa. No entanto, das 70–80% de crianças com TDAH que respondem positivamente ao tratamento com estimulantes, poucas mostram melhora suficiente no seu comportamento para caracterizar um retorno aos limites considerados normais (Pelham *et al.*, 2000).

Adicionalmente, o uso de medicamentos apresenta fatores limitantes como os efeitos colaterais: insônia, perda de apetite, aumento da irritação, tiques (Rohde & Benczik, 1999) e efeitos limitados sobre problemas acadêmicos e relações com pares (Chronis, Jones & Raggi, 2006). Uma revisão exaustiva dos medicamentos para TDAH, incluindo os chamados estimulantes, anti-depressivos e clonidine e, ainda, as informações detalhadas sobre contra-indicações, ação, efeitos colaterais e prescrição podem ser encontradas em APA (2001); Correia Filho e Pastura (2003); DuPaul e Connor (2002) e Silva e Rohde (2003).

Em relação às intervenções psicológicas, elas podem ser centradas na família, na escola e/ou na própria criança ou adolescente.

Mesmo diante das fortes evidências da predisposição genética e biológica para o TDAH, o ambiente familiar ainda é considerado um fator importante do ambiente da criança que pode estar relacionado à variabilidade de co-morbidade, ao desempenho acadêmico e às dificuldades sociais apresentadas por ela (Johnston & Mash, 2001). De acordo com Barkley (2002), o contexto familiar de uma criança com TDAH é de importância crítica para compreendê-la, uma vez que as interações pai-filho e irmãos-criança com TDAH mostram-se mais negativas e estressantes para todos os membros da família do que as interações típicas de outras famílias. Essa diferença no tipo de interação pode ter efeitos sobre os sintomas do TDAH e não pode ser negada nem mesmo por aqueles que defendem a predisposição biológica (basicamente hereditário) como o fator responsável pelo desenvolvimento do TDAH (Barkley, 2002).

A intervenção mais comumente usada para famílias é o treinamento comportamental para pais. Nesses programas, pais são instruídos sobre o uso de técnicas de modificação de comportamento, principalmente aquelas destinadas à manipulação de variáveis antecedentes e consequentes do comportamento do filho, com o objetivo de aumentar a emissão de comportamentos pró-sociais e diminuir comportamentos indesejáveis (Chronis *et al.* 2006).

No ambiente escolar, as intervenções devem ser planejadas para manejar as dificuldades apresentadas nesse contexto e também para atender às necessidades educativas das crianças. Como as intervenções no ambiente escolar dependem, em grande medida, das teorias e hipóteses que as sustentam, as diferentes soluções e formas de abordar os problemas podem privilegiar aspectos cognitivos, métodos de auto-regulação, desenvolvimento de metodologias para sala de aula, problemas emocionais ou de comportamento (Condemarín *et al.*, 2006). Ainda de acordo com esses autores, as intervenções no ambiente familiar e escolar justificam-se pelo fato do quadro da criança com TDAH poder evoluir para formas mais positivas ou então piorar, dependendo das condições oferecidas por esses contextos. Assim, os contextos escolares e familiares constituem um fator determinante para a forma como a criança vive suas dificuldades e os mecanismos que utiliza para superá-las.

Para as crianças e adolescentes, a terapia individual é voltada para o tratamento dos sintomas primários do TDAH, da autoestima negativa e de outros sintomas

comportamentais como a ansiedade e a agressividade. As abordagens comportamentais têm sido sugeridas como as mais eficientes para o tratamento do TDAH (Coes, 1999). As intervenções ditas psicossociais envolvem aspectos do relacionamento social, visando a auxiliar a criança e o adolescente a lidar com conflitos sociais. Essa intervenção, realizada com as pessoas que convivem e se relacionam com a criança, busca tanto esclarecer como desenvolver habilidades para o trato com a criança quanto auxiliá-la a lidar mais efetivamente com as situações sociais (Sena & Neto, 2007).

Considerando os benefícios e limites obtidos por meio dos diferentes tipos de tratamento, há certo consenso de que este deve envolver uma abordagem múltipla, englobando intervenções comportamentais (psicológicas), educacionais e psicofarmacológicas (Barkley, 2002; Hefley & Carlson, 2007; Rodhe & Halpern, 2004). A vantagem dessa abordagem de tratamento decorre, sobretudo, da constatação de que os medicamentos, apesar da ampla eficácia para a melhora nos sintomas clássicos do TDAH, não eliminam todos os aspectos disfuncionais tipicamente associados ao transtorno, persistindo as habilidades sociais deficitárias, pouca motivação na escola, desempenho acadêmico relativamente baixo e outras complicações (Barkley, 2002; Klein, Abikoff, Hechtman & Weiss, 2004) e que os seus benefícios desaparecem quando há descontinuidade da medicação (MTA, 2004). Por outro lado, o mesmo estudo (MTA, 2004) mostra benefícios da intervenção no modelo que utiliza tratamento comportamental por um período de quase dois anos após a intervenção. Na literatura não há, ainda, nenhum estudo longitudinal (por exemplo, em adultos) que tenha avaliado os efeitos de longo prazo (superiores a dois anos) das abordagens comportamentais (Daly, Creed, Xanthopoulos. & Brown, 2007).

O tratamento denominado *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD* (MTA, 1999), proposto pelo *National Institute of Mental Health*, com duração de 14 meses, teve por objetivo avaliar os efeitos dos diferentes tipos de tratamentos para o TDAH. Participaram do estudo 579 crianças norte-americanas, com idade entre 7 e 10 anos, e com diagnóstico de TDAH do tipo combinado. Foram comparados os efeitos de quatro intervenções: (1) somente intervenção comportamental, incluindo atendimento a pais, professores e criança; (2) somente administração de medicamento (ver detalhes dessa intervenção em Wells *et al.*, 2000); (3) uma combinação de tratamento medicamentoso e comportamental; e (4) uma condição controle com um grupo que manteve os cuidados rotineiros da comunidade, sem uma intervenção específica.

Os resultados mostraram que as crianças nos quatro grupos de tratamento tiveram reduções nos sintomas primários do TDAH com o passar do tempo, porém houve diferenças significativas entre eles com relação aos graus de mudança. A redução dos sintomas primários do TDAH foi clínica e estatisticamente superior nos grupos com tratamento combinado e medicamentoso, quando comparada à dos grupos que receberam tratamento comportamental e cuidados na comunidade. Para outras áreas de funcionamento (habilidades sociais, interações pai-criança, comportamentos de oposição/agressividade, sintomas internalizantes e realização acadêmica) somente o tratamento combinado mostrou-se superior ao tratamento comportamental ou cuidados na comunidade (MTA, 1999). A discussão específica sobre as habilidades sociais, identificada nesse estudo, aponta que os medicamentos podem diminuir drasticamente interações negativas com os pares. Porém, o aumento em comportamentos sociais positivos mostra-se pouco evidente, sugerindo a necessidade de adição do treinamento de habilidades sociais.

A meta-análise conduzida por Hefley e Carlson (2007) examinou os efeitos de tratamentos combinados sobre as características centrais do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) e as características periféricas (habilidades sociais e acadêmicas). Os resultados mostraram que o tratamento combinado apresenta um impacto significativo nas características centrais do TDAH e nas habilidades sociais. Para as habilidades acadêmicas não foram identificados efeitos significativos, provavelmente devido às variáveis que afetaram as medidas utilizadas nos estudos, tais como o curto período de tempo da intervenção, o uso de diferentes medidas nos diferentes estudos e o tratamento de diferentes habilidades escolares (matemática, leitura e escrita) a partir de uma única média global.

Uma vantagem adicional apresentada pelos tratamentos combinados é a possibilidade de redução das doses de medicamento administradas diariamente à criança, ou seja, os tratamentos combinados geralmente apresentam mais vantagens, quando comparados aos tratamentos isolados e possibilitam o uso de doses menores de estimulantes (Barkley, 2002; Bender, 1997; Pelham *et al.*; 2000;). Para Daly *et al.* (2007), em uma análise de custo e benefício verifica-se que é preferível o tratamento combinado ao uso isolado de altas doses de medicamentos estimulantes. Esse é um dado importante, visto que a diminuição nas doses de medicamento pode refletir-se na qualidade de vida das crianças, com diminuição dos efeitos colaterais e, ainda, oferecer uma perspectiva animadora àquelas crianças que não respondem à medicação.

Contemplando as várias demandas de interação (escola, família e amigos), proposta pelo modelo de tratamento combinado para o TDAH e a falta de diretrizes que norteiam o início da intervenção, quando há algum impedimento para o uso da proposta combinada, a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (como citado em Hefley & Carlson, 2007, p. 240) sugere a realização desse tipo de tratamento em duas fases, como uma alternativa para sua viabilização. Na primeira fase, o tratamento deve priorizar intervenções medicamentosas e psicossociais e, na segunda fase, intervenções escolares, tais como consulta e colaboração com pessoal da escola, além de implementação de um programa de modificação de comportamento.

Adicionalmente à avaliação dos diferentes tipos de tratamento para crianças com TDAH, investigações têm sido conduzidas para avaliar a experiência dos pais com os diversos tratamentos propostos a seus filhos. Por exemplo, Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza e Fine (2005) descobriram que a maioria dos pais adotava, como principais tratamentos para suas crianças, as intervenções medicamentosas (81%) e aquelas que enfatizavam estratégias para manejo de comportamento (97%). Apoiando esses dados, Kendall, Leo, Perrin e Hatton (2005) verificaram que dentre os serviços mais comumente solicitados pelos pais encontravam-se os denominados serviços de apoio (33,9%), que incluem grupos de apoio a pais e crianças, treinamento de pais, treinamento para manejo da raiva, informações sobre TDAH, treinamento de habilidades sociais e programas para as crianças na comunidade. Esses dados, de certa forma, apóiam as evidências da efetividade de programas psicossociais para essas famílias.

4 Necessidades educacionais especiais no TDAH

Os sintomas do TDAH interferem em habilidades essenciais ao sucesso acadêmico, tais como: prestar atenção, permanecer sentado na carteira, controlar impulsos, unir-se a um grupo de trabalho, participar efetivamente de jogos e brincadeiras, desenvolver amizade com outras crianças (Forness & Kavale, 2001). Os comportamentos de desatenção, impulsividade e hiperatividade, que caracterizam o TDAH, frequentemente acarretam dificuldades significativas no âmbito acadêmico e social, tanto em casa como na escola. Em comparação com as crianças sem esse transtorno, estudantes com TDAH geralmente apresentam mais risco de fracasso escolar, maior incidência de suspensões,

expulsões e reprovações escolares, menor grau de escolaridade em relação ao seu potencial e têm menor probabilidade de completar seus estudos (DuPaul & White, 2006).

No estudo realizado por Rohde *et al.* (1999) com adolescentes de escolas públicas de Porto Alegre, observou-se que, dos alunos com diagnóstico de TDAH, 87% apresentavam mais de uma reprovação de série, 48% já haviam sido suspensos da escola ao menos uma vez e 17% tinham história de expulsão. Comparativamente, os alunos sem esse diagnóstico apontavam somente 30% de reprovação, 17% de suspensão escolar e 2% de expulsão. Complementando esses dados, Pfiffer (2002) prevê que 35% nunca completarão o ensino médio e que as notas e pontos acadêmicos conseguidos estarão significativamente abaixo das notas e pontos obtidos por seus colegas de classe. O risco de não aprender no ritmo de grupos de colegas e de acumular fracassos na escola podem gerar sentimentos de incompetência e fazer com que a criança diminua seus esforços para aprender, o que, por sua vez, favorece ainda mais o fracasso escolar (Condemarín *et al.*, 2006). Com isso, fica especialmente comprometido o rendimento escolar dessas crianças, que sem uma ajuda que atenda às suas necessidades educacionais especiais podem até mesmo desistir da escola.

Junod, DuPaul, Jitendra, Volpe e Cleary (2006) avaliaram os comportamentos relacionados ao compromisso acadêmico exibido por estudantes com TDAH em atividades de matemática e de leitura. Os resultados demonstraram que esses estudantes, quando comparados ao grupo controle, exibiam taxas menores de comportamentos relativos ao compromisso acadêmico ativo (quando o estudante está assistindo ativamente e está respondendo a uma tarefa verdadeiramente acadêmica) e passivo (quando o estudante está prestando atenção passivamente ao trabalho acadêmico) e taxas mais altas de comportamentos verbais, motores e passivos denominados comportamentos alheios à tarefa. Esses últimos comportamentos eram apresentados cerca de duas vezes e meia a mais pelo grupo de crianças com TDAH, quando comparado ao grupo controle. Para os autores, esses dados podem oferecer uma possível explicação para as dificuldades acadêmicas observadas em crianças com TDAH.

A desatenção, hiperatividade e impulsividade não interferem somente nas habilidades acadêmicas propriamente ditas, elas também prejudicam a habilidade da criança unir-se a um grupo de atividades, participar efetivamente em jogos esportivos e desenvolver amizades significativas com outras crianças (Fomess & Kavale, 2001). Isso ocorre porque nas interações com outras pessoas é esperado certo grau de atenção às

reações do outro e capacidade de controlar os impulsos. Como crianças com TDAH, frequentemente, apresentam comportamentos de desatenção, de esquecimento e de falta de controle nas interações sociais, acabam sendo rotuladas como antissociais, rudes, irresponsáveis, preguiçosas, hostis e outros atributos negativos que levam à rejeição social, que, por sua vez, leva ao isolamento social, aumentando ainda mais suas dificuldades nas interações sociais.

Para Gresham (1997), quando a criança inicia sua escolarização com *déficits* de competência social, aumenta a probabilidade de não adquirirem e não desempenharem adequadamente as habilidades sociais exigidas nesse contexto e podem, conseqüentemente, apresentar dificuldades de adaptação escolar e receberem encaminhamento para serviços de educação especial. Em contrapartida, o estabelecimento de interações satisfatórias na escola, com pares e adultos, é um dos mais importantes aspectos para o desenvolvimento e ajustamento das crianças na escola (Gresham, Sugai & Horner, 2001).

Hoza *et al.* (2005), usando método sociométrico, verificaram que 56% das crianças com TDAH em idade escolar não tinham amigos, 33% tinham uma díade de amigos e somente 9% tinham duas díades de amigos, enquanto que 32% das crianças do grupo de comparação não tinham díades de amigos, 39% tinham uma díade de amigos e 22% tinham duas díades de amigos. Entre as crianças com TDAH, 52% delas eram rejeitadas pelos amigos frente a 14% de todas as crianças do grupo de comparação. Finalmente, os resultados sugeriram que crianças com esse diagnóstico eram menos preferidas pelos pares mais populares, quando comparadas a crianças sem o diagnóstico. A revisão da literatura sobre competência social de crianças com TDAH, realizada por Nixon (2001), sugere que essas crianças são mais invasivas, agressivas, menos obedientes e apresentam déficits de comunicação e reciprocidade, possivelmente dificultando o fazer e manter amizades.

Pesquisadores têm notado que crianças que não apresentam interações positivas com pares podem ter prejuízos nas áreas acadêmica, social e emocional e que esses prejuízos sociais estendem-se até a adolescência e vida adulta (Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1983). O estudo longitudinal realizado por Greene, Biederman, Faraone, Sienna e Garcia-Jetton (1997) mostrou que crianças com TDAH e problemas sociais na infância apresentavam prognóstico de problemas sociais e psiquiátricos na adolescência, principalmente o uso de substâncias (drogas e álcool) e desordens de conduta. Adicionalmente, os autores verificaram que as crianças socialmente rejeitadas na infância,

comparativamente às socialmente populares, apresentavam taxas mais altas de fracasso escolar, de desistência escolar e de infrações delinquentes.

Os déficits de habilidades sociais não afetam apenas as relações com os pares, mas também a interação com professores. Segundo Goldstein e Goldstein (1994), estudos mostram que a presença de crianças com TDAH em sala de aula favorece interações negativas globais entre professores e as crianças da sala de aula, sendo os professores muitas vezes mais objetivos e restritivos em suas interações com os demais alunos da classe. Isso sugere que crianças com TDAH podem agir como catalisadores, aliciando comportamentos mal-adaptados daqueles ao seu redor (Nixon, 2001).

As interações sociais de crianças com TDAH podem ser influenciadas pela predominância de um dos subtipos do TDAH. O estudo de Bauermeister *et al.* (2005) avaliou a influência dos subtipos combinado e desatento nas interações sociais em uma amostra de crianças latinas com idade entre 6 e 11 anos. Os resultados evidenciaram que não foi encontrada diferença significativa entre os grupos na avaliação global das habilidades sociais. Porém, foram verificadas diferenças no perfil apresentado pelos dois grupos: (a) o estresse vivenciado pela família para a educação da criança é significativamente maior no subtipo combinado; (b) o subtipo desatento afeta a relação mãe-criança e mãe-professora e o subtipo combinado afeta as relações mãe-criança e mãe-professor, criança-irmão e as finanças e vida social da família; (c) crianças com o subtipo desatento mostram menos iniciativa social ou assertividade e apresentam mais autocontrole nas interações sociais, por conseguinte podendo apresentar mais risco de serem negligenciadas por sua timidez ou passividade e (d) as crianças com subtipo combinado apresentam mais iniciativas para interações sociais ou mais assertividade, porém são mais reativas emocionalmente e demonstram maior falta de autocontrole, conseqüentemente, correndo mais risco de serem rejeitadas em decorrência da falta de autocontrole.

As dificuldades acadêmicas e sociais apresentadas por essas crianças evidenciam a necessidade de adaptação no ambiente educacional, visando a atender as suas necessidades educacionais especiais. Tais adaptações devem incluir modificações no ambiente, flexibilidade na realização e apresentação das tarefas, adequação do tempo de atividade e do sistema de avaliação (Benczik & Bromberg, 2003) e a inclusão de atividades que favoreçam o desenvolvimento de diversas classes de habilidades sociais condizentes com as demandas do contexto escolar. Na literatura, estão descritas diversas estratégias e/ou programas que podem ser aplicados pelo professor no contexto escolar (Flick, 1998,

Garguilo, 2006; Goldstein & Goldstein, 1994; Harlacher, Roberts & Merrell, 2006; Tilson & Bender, 1997) e as avaliações desses programas mostram que eles têm impacto positivo sobre as dificuldades acadêmicas e comportamentais relacionadas ao TDAH.

A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais não é apenas de responsabilidade do contexto escolar. Conforme Lopes e Marquezan (2000), a família precisa estar consciente de que, enquanto parte do contexto social do filho, tem influência na sua preparação para o mundo escolar. Além disso, a família precisa ser preparada para se tornar um agente do processo de integração/inclusão. Nesse mesmo sentido, Freitas (2005) afirma que a proposta de inclusão social e escolar de crianças com necessidades especiais tem que visar mais que somente sua aceitação incondicional nos variados contextos de interação. Essa proposta deve também incluir a conscientização dos pais de que o sucesso ou fracasso dessa ação também é responsabilidade deles, provavelmente a mais primordial, pois deve permear as ações de todas as outras agências de atendimento às necessidades da criança. Del Prette e Del Prette (no prelo-b) argumentam que, para lidar com o desafio da inclusão e das tarefas educativas, os educadores precisam apresentar competências educativas, destacando a capacidade de estabelecer interações sociais com e entre educandos. Essas competências favorecem ou potencializam a aprendizagem dos educandos.

Glat e Pletsch (2004) afirmam que a Educação Especial, enquanto campo de conhecimento, tem tido, nas últimas duas décadas, uma fértil produção acadêmica enfocando a família sob diversos aspectos. Segundo as autoras, as pesquisas de Nunes e colaboradores, com análise de teses e dissertações de 14 programas de pós-graduação no Brasil entre os anos de 1995 e 1999, revelaram que a maioria dos trabalhos enfatizava as atitudes e percepções de pais sobre as necessidades especiais de seu filho, evidenciando uma carência de pesquisas para a produção de conhecimento sobre alternativas de educação e cuidado pelos familiares de filhos especiais. Também consideraram prioritários a análise e o desenvolvimento de estratégias de orientação familiar, preferencialmente, sobre o enfoque interdisciplinar.

No âmbito da psicologia uma possibilidade de atendimento a pais de crianças com necessidades educacionais especiais é a intervenção em grupo que possibilita, no plano individual, intercâmbio de experiências sobre como lidar com os sentimentos, reações negativas e sobre formas de organização familiar e de interação com a sociedade (Enumo, 1997).

Capítulo 2

Habilidades sociais e contexto familiar da criança com TDAH

A análise das habilidades sociais enquanto campo teórico e prático tem se mostrado em crescente progresso no Brasil. Com relação aos pressupostos teóricos, esses são relativamente recentes e a primeira obra publicada sobre os conceitos fundamentais de habilidades sociais data de 1999, por Del Prette e Del Prette. No campo prático, mais especificamente a utilização do Treinamento de Habilidades Sociais, diversos trabalhos têm sido publicados com as mais diferentes populações e metodologias, mostrando resultados positivos na superação/minimização das dificuldades de interação social (Bolsoni-Silva, Del Prette, Del Prette, Montanher, Bandeira & Del Prette, 2006). No entanto, essas revisões mostram poucos estudos com crianças com TDAH. Este capítulo abordará os principais conceitos da área de habilidades sociais e, em seguida, uma revisão das características familiares de crianças com TDAH que podem favorecer ou não o aprendizado das habilidades sociais por essas crianças.

1 O campo do Treinamento de Habilidades Sociais

As dificuldades interpessoais apresentadas por crianças com TDAH somente passaram a ser mencionadas nos critérios diagnósticos do TDAH a partir de 1993 com a edição do DSM-IV (APA, 1994), que indicou a necessidade de considerá-las (Nixon, 2001). No DSM IV (1994), essas dificuldades são caracterizadas como trocas frequentes de assuntos em uma conversação, não escutar os outros, iniciar conversações em tempos impróprios, interromper ou intrometer-se em assuntos ou atividades de outros e fazer palhaçadas (Boo & Prins, 2007). As consequências são as experiências negativas com pares e adultos, como a rejeição e o isolamento social, que afetam a qualidade de vida dessas crianças.

Conceitualmente, o termo *habilidades sociais* “aplica-se às diferentes classes de comportamentos sociais de um indivíduo, que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas” (Del Prette & Del Prette, 2005a, p. 31). Em outras palavras, refere-se, descritivamente, aos recursos

que a criança apresenta em seu repertório (Del Prette & Del Prette, 2006). De acordo com Del Prette e Del Prette (2006), as habilidades sociais são situacional e culturalmente determinadas. No primeiro caso, significa que um mesmo desempenho pode contribuir para a competência social em um contexto, mas não em outro e, no segundo caso, que a cultura define os padrões de comportamento valorizados ou reprovados para os diferentes tipos de situação, contextos e interlocutores (Del Prette & Del Prette, 2005a; 2006).

O termo *competência social* tem um sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2001b). O desempenho socialmente competente é aquele que expressa uma leitura adequada do ambiente social, permitindo decodificar corretamente os desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais (Del Prette & Del Prette, 2001b). Em outras palavras, refere-se à proficiência ou à funcionalidade com que a criança utiliza seus recursos comportamentais, cognitivos e afetivos diante das demandas interativas de seu ambiente social (Del Prette & Del Prette, 2006). Portanto, o desempenho competente das habilidades sociais tem alta probabilidade de obter consequências reforçadoras imediatas no ambiente social (Del Prette & Del Prette, 2005a).

A análise da funcionalidade baseia-se nos efeitos ou resultados do desempenho. Nesse sentido, o desempenho será considerado competente se alcançar os objetivos imediatos, se manter ou melhorar a qualidade do relacionamento e se melhorar a autoestima (Del Prette & Del Prette, 2005a; 2006). Na infância, também são indicadores correlatos da competência social, o *status* social da criança entre os colegas, o julgamento positivo por outros significantes e outros comportamentos adaptativos como rendimento acadêmico, independência para realizar as tarefas, estratégias de enfrentamento diante de situações de stress e frustração, autocuidado e cooperação (Del Prette & Del Prette, 2005a; 2006).

Quanto à avaliação das habilidades sociais, Del Prette e Del Prette (1999) consideram que, dada as limitações e desvantagens de cada estratégia de avaliação e o caráter situacional e cultural das habilidades sociais, somente uma avaliação multimodal permite contemplar ou complementar as informações relevantes. A avaliação multimodal, recomendada por esses autores (Del Prette & Del Prette, 2006) para avaliar as habilidades sociais e a competência social, implica no uso de instrumentos e procedimentos variados junto a diferentes informantes e não se limita à avaliação inicial e ao processo de identificação e especificação das áreas de problemas sociais, mas deve ser feita durante

todo o treinamento para monitorar tanto os progressos alcançados como as áreas ainda carentes de treinamento. No Brasil, os instrumentos padronizados para a avaliação das habilidades sociais são escassos. Del Prette & Del Prette (2001a) padronizaram um Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) para a população universitária de 18 a 25 anos. Del Prette & Del Prette (2005b) elaboraram e padronizaram o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (SMHSC-Del-Prette) em faixa etária correspondente à da primeira fase do Ensino Fundamental e, atualmente, encontra-se em fase de padronização o SSRS-BR (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, s.d.) e o IHSA-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, s.d.).

Del Prette e Del Prette (1999; 2005a) defendem que o contexto familiar constitui a base da estimulação inicial dos padrões de relacionamento e competência social. Nesse sentido, considera-se que as interações estabelecidas entre pais e filhos, desde o nascimento da criança, são um dos fatores que favorece o desempenho social competente. Mais especificamente, a forma como os pais conseqüenciam o comportamento da criança e os modelos de interação social fornecidos por eles são essenciais ao desenvolvimento da competência social. Nesse processo de aprendizagem, as conseqüências e os modelos fornecidos pelos pais devem estar relacionados à discriminação da ocasião para apresentar ou omitir determinado desempenho (quando e onde ocorre), bem como à sua forma (como falar) e conteúdo (o que falar).

O aprendizado das habilidades sociais no contexto familiar torna-se a base do desempenho social e da qualidade dos relacionamentos que a criança apresentará em outros contextos. Com a entrada na escola, ampliam-se a quantidade e a diversidade de interlocutores, assim como as oportunidades para aplicar e aperfeiçoar seu repertório social, o que influi decisivamente na aquisição e desempenho das habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005a). Cabe à escola, nesse momento, enquanto espaço privilegiado para interações sociais, assumir um papel ativo na continuidade desse aprendizado.

Infelizmente, nem todas as crianças chegam à escola com os recursos comportamentais prévios compatíveis ao exigidos por esse ambiente e a tendência é a exacerbação das dificuldades interpessoais com impactos negativos sobre o desempenho acadêmico. Nessa perspectiva, o contexto familiar e o escolar tornam-se responsáveis pelo aprendizado ou não das habilidades sociais. Quando as condições são favoráveis ao desenvolvimento da competência social, a criança experimenta interações interpessoais adaptadas e reforçadoras em diversos contextos.

Por outro lado, quando as condições ambientais (familiar e escolar) são restritivas ou inadequadas à aprendizagem e/ou de desempenho socialmente competente, podem ocorrer diferentes déficits de habilidades sociais que são definidos por Del Prette e Del Prette (2005a) como de aquisição, de desempenho e de fluência. O *déficit de aquisição* é inferido com base em indicadores de não ocorrência da habilidade diante das demandas do ambiente; o *déficit de desempenho* é inferido com base em indicadores de ocorrência da habilidade com frequência inferior à esperada diante das demandas do ambiente e o *déficit de fluência* é inferido com base em indicadores de proficiência inferior à esperada diante das demandas do ambiente.

Esses mesmos autores sugerem que fatores pessoais e ambientais relacionados aos três tipos de déficits devem ser identificados e, posteriormente, focalizados durante a intervenção. Os fatores destacados pelos autores são: dificuldades de discriminação e processamento; problemas de comportamento; falta de conhecimento; falhas de reforçamento; restrição de oportunidades e modelos; ausência de *feedback* e excesso de ansiedade interpessoal. Em linhas gerais, a descrição de cada um desses fatores chama a atenção para as contingências presentes no ambiente da criança que favorecem e/ou dificultam a aprendizagem e a manutenção de comportamentos socialmente habilidosos, incluindo a discriminação do ambiente para a emissão de comportamentos considerados socialmente competentes.

A importância de reconhecer e analisar dificuldades ou déficits de habilidades sociais de crianças com TDAH tem sido alvo de discussão e controvérsia na literatura da área de TDAH. Por exemplo, Strassner (2006) identificou na literatura explicações para as dificuldades sociais dessas crianças que remetem tanto ao *déficit de aquisição* como ao *déficit de desempenho*, entendido como a incapacidade para implementar as habilidades sociais, de forma eficiente e consistente, em resposta aos contínuos desafios sociais.

O estudo de Grenell, Glass e Katz (como citado por Nixon, 2001) avaliou separadamente os conhecimentos sobre habilidades sociais por meio de entrevista e o desempenho das habilidades a partir de observação direta em diferentes tarefas, de meninos com TDAH com idade entre 7 e 11 anos. Os resultados indicaram que crianças com TDAH exibem déficits de conhecimento e de desempenho de comportamentos sociais apropriados.

Finalmente, Boo e Prins (2007) discutiram a adequação da noção de déficits para a análise das dificuldades de habilidades sociais de crianças com TDAH. Segundo os

autores, essa noção parece não se ajustar à extensa variação de sintomas clínicos apresentados por crianças com TDAH, considerando ser um modelo que cobre parcialmente a explicação das falhas de competência social apresentadas por essas crianças. A justificativa para essa afirmação é respaldada no estudo de Weelher e Carlson (1994), ao sugerirem que crianças com TDAH “são hábeis no desempenho das habilidades sociais, mas não o fazem em situações específicas. Esse *déficit de desempenho* é resultado de uma série de fatores afetivos, déficits cognitivos ou por interferência ou competição de problemas de comportamento como a desatenção e a impulsividade”.

Mais adiante, ainda com base em Weelher e Carlson (1994), os autores reafirmam que os problemas sociais apresentados por crianças com TDAH não são meramente resultados da falta de habilidades sociais e de resolução de problemas, mas do fracasso no desempenho dessas habilidades sociais quando necessárias. De certa forma, a caracterização dos problemas sociais de crianças com TDAH oferecida por Weelher e Carlson (1994) parece referir-se ao déficit de fluência, que foi introduzido mais tarde por Gresham³. As considerações de Del Prette e Del Prette (2005a) sobre os fatores ambientais e pessoais associados a cada um dos déficits, a inclusão dos déficits de fluência e também a diferença entre habilidades sociais e competência social, contemplam os comprometimentos referidos por aqueles autores e fornecem subsídios para análise do repertório social de crianças com TDAH.

Além da identificação do tipo de déficit apresentado por crianças, com ou sem TDAH, a identificação das classes de habilidades sociais relevantes para funcionamento adaptativo da criança é indispensável para a avaliação e promoção das habilidades sociais. A partir de uma revisão da literatura, Del Prette e Del Prette (2005a) propuseram um sistema de sete categorias de habilidades sociais consideradas prioritárias no desenvolvimento da criança: (1) autocontrole e expressividade emocional; (2) empatia; (3) civilidade; (4) assertividade; (5) fazer amizades; (6) habilidades sociais acadêmicas e (7) solução de problemas interpessoais. Os autores defendem que essas classes deveriam ser contempladas, de forma integrada, em intervenções educacionais ou terapêuticas visando à promoção de habilidades sociais das crianças.

Com relação à criança com TDAH, não foram encontrados, na literatura, estudos voltados à identificação das classes de habilidades sociais deficitárias ou não. De acordo com Goldstein e Goldstein (1994), já houve diversas tentativas para identificar as

³ O primeiro modelo proposto por Gresham data de 1991 e o segundo foi proposto em 1998.

deficiências e/ou recursos em habilidades sociais comuns às crianças com TDAH. Entretanto, evidenciou-se que a criança hiperativa vivencia um conjunto muito significativo de problemas de relacionamento que torna praticamente impossível a identificação de um padrão específico, único, de dificuldades comuns. Isso se reflete nos programas ou sugestões para Treinamento de Habilidades Sociais em que as classes objetos de intervenção ora são as mesmas ora se diferenciam, mas no conjunto dos estudos, praticamente, todas são contempladas.

2 Caracterização do contexto familiar de crianças com TDAH

Diversos fatores relacionados aos pais ou à família de crianças com TDAH têm sido alvos de investigação científica. Estudos de revisão sobre esses fatores buscaram determinar a contribuição deles para o desenvolvimento ou manutenção do TDAH ou então definir quais fatores familiares deveriam ser considerados ao se planejar e avaliar programas de intervenção. Dentre os fatores mais citados e discutidos nesses estudos (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham, 2004; Cunningham, 2007; Johnston & Mash, 2001) destacam-se: monitoramento parental, sentimento de competência dos pais; conhecimento sobre TDAH; atribuições sobre o comportamento da criança; disponibilidade dos pais para mudança; ajustamento parental; *stress* parental; depressão parental; relacionamento conjugal; abuso de álcool e pais com diagnóstico de TDAH.

Estudos citados por Wells *et al.* (2000) mostram que, em relação a pais de crianças típicas, pais de crianças com TDAH apresentam índices maiores de *stress*, sentem-se menos competentes em sua função parental, apresentam mais consumo de álcool, conflitos conjugais, separação e divórcio, possuem menor quantidade de contatos sociais e maiores taxas de depressão materna.

Considerando a interação com os filhos, esses pais demonstram estilo parental mais coercitivo ou aversivo (Finzi-Dottan; Manor & Tyano, 2006). Em tarefas de resolução de problemas são menos cativantes, calorosos e comprometidos e com estilo de comunicação menos efetivo (Tripp, Schaughency, Langlands & Mouat, 2007) e apresentam, também, menos gratificações e diretrizes às crianças e mais coerção (Jonhson & Mash, 2001). Além disso, exibem mais comportamentos diretivos, mais responsividade negativa e são menos positivos ao manejar os comportamentos dos filhos (Wells *et al.*, 2000; Cunningham, 2007). O estilo disciplinar dessas mães é considerado negligente por cederem mais

facilmente aos apelos dos filhos, permitirem o descumprimento das regras e reforçar comportamentos inadequados (Jonhson & Mash, 2001). Porém, quando as crianças não seguem as regras, as mães reagem com um padrão caracterizado como raiva, irritabilidade e explosivo (Banks, Ninowski, Mash & Semple, 2008). Todas essas características contribuem para que a interação entre pais e filhos com TDAH seja, frequentemente, mais conflituosa e a vida da família caracterizada pela desarmonia e discórdia (Wells *et al.*, 2000).

Quando as práticas parentais são avaliadas pelos filhos (com TDAH), os resultados seguem, praticamente, a mesma direção. Rielly, Craig e Paker (2006) compararam as práticas parentais, relatadas por 109 estudantes com TDAH e 109 sem TDAH, e os resultados evidenciaram que pais de crianças com TDAH apresentam mais práticas parentais negativas (por exemplo, disciplina inconsistente) do que positivas e que essas crianças experimentam mais *feedbacks* negativos de seus pais, além de poucas oportunidades de interações positivas, dentro e fora do lar, devido à falta de supervisão e monitoria dos pais.

A explicação comumente aceita, para a manutenção desses padrões de interações pais e filhos, sugere que eles ocorrem devido à história de insucesso dos pais para controlar os comportamentos da criança, que pode tanto diminuir a frequência do uso de práticas parentais positivas (disciplina consistente, monitoria positiva) como favorecer o aumento de uso de práticas coercitivas (práticas disciplinares severas). Obviamente que a adoção dessas práticas educativas pode ocasionar ganhos positivos a curto prazo para os pais, porém terá custos a longo prazo para pais e crianças (Johnson & Mash, 2001).

Deve-se considerar que as práticas parentais negativas podem ter início como uma reação à presença da desatenção, impulsividade e hiperatividade apresentadas pela criança, que favorece as dificuldades parentais como também pode ser decorrente de práticas educativas negativas já estabelecidas na interação familiar, portanto, sem uma relação inicial com as dificuldades apresentadas pela criança. No entanto, a manutenção de padrão parental caracterizado por punição excessiva e indiscriminada ou de recompensa aos comportamentos inadequados ao invés dos adequados, influencia a maneira como a criança se comporta em relação aos seus pais, aumentando a frequência de comportamentos de rebeldia e oposição (Sena & Neto, 2007) que, por sua vez, levam à manutenção das práticas educativas negativas.

As dificuldades parentais tornam-se ainda maiores quando os pais também são diagnosticados como portadores de TDAH. O estudo de Murray e Johnston (2006), comparando mães com e sem TDAH, avaliou três aspectos da interação pais-filhos: monitoria, consistência na disciplina e habilidade para resolver problemas de seus filhos. Com relação à monitoria, verificaram que mães com TDAH monitoravam menos suas crianças, eram menos consistentes na disciplina e que a efetividade ou qualidade das soluções geradas por essas mães eram inferiores, quando comparadas às mães sem o TDAH. Ainda na linha de investigação sobre diferenças entre pais com e sem TDAH, Faraone, Monuteaux, Biederman, Cohan e Mick (2003) verificaram que o relato sobre os sintomas do TDAH dos seus filhos não é influenciado quando pais também apresentam o mesmo diagnóstico, o que torna válida as informações provenientes desses pais no momento do diagnóstico do seu filho.

Com relação aos recursos e déficits sociais apresentados por pais de crianças com TDAH, poucas investigações foram conduzidas. Adesida e Foreman (1999) e Neophytou e Webber (2005) verificaram que mães de crianças com TDAH isolam-se e isolam os filhos de contatos sociais devido ao alto nível de atenção e supervisão que essas crianças necessitam e também por apresentarem comportamentos que são fontes de embaraço e vergonha para os pais. Essas restrições envolvem frequentar lugares públicos como *shoppings*, restaurantes, cinemas, transportes públicos e fazer visitas a amigos e parentes. Frente essa situação, os pais passam, deliberadamente, a não frequentar muitas situações do dia-a-dia, julgando-se inadequados em suas atitudes parentais e aumentando o seu isolamento social (McLaughlin & Harrison, 2006; Adesida & Foreman, 1999). Esse isolamento social tem como consequência práticas parentais menos efetivas (McLaughlin & Harrison, 2006).

Para diminuir esses sentimentos e o isolamento social dessas famílias e para aumentar sua capacidade educativa, pais precisam ser assessorados no desenvolvimento de um conjunto de comportamentos que possam não apenas manter os comportamentos sociais dos seus filhos, mas também identificá-los e modelá-los, além de utilizar estratégias eficazes para promovê-los quando necessário. Esse conjunto de ações, Del Prette e Del Prette (2001b) definem como habilidades sociais educativas, ou seja, o conjunto de habilidades que tem a intenção explícita de promover o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, em situação formal ou informal. Dito de outra forma, esse conceito (Del Prette & Del Prette (no prelo-a) “aplica-se ao conjunto de habilidades que pais, professores ou

outros agentes sociais de educação e saúde deveriam apresentar na interação com a criança ou jovem (por isso tais habilidades são definidas como sociais), com a intenção explícita de promoverem o desenvolvimento e aprendizagem destes (por isso, educativas).”

Conforme Garcia-Serpa, Del Prette e Del Prette (2006), alguns estudos que descrevem os comportamentos dos pais em relação aos filhos foram feitos em categorias amplas denominadas, dentre outras, práticas educativas e estilos parentais. Para os autores, poucos desses estudos preocuparam-se em fazer referências às unidades menores de comportamentos associadas às práticas positivas ou mesmo às características de cada uma dessas classes, ou seja, das habilidades sociais educativas.

A formulação das classes e subclasses de habilidades sociais educativas, sugerida por Del Prette e Del Prette (no prelo-a), preocupou-se, principalmente, em oferecer um sistema de categorias, utilizando o critério de mútua exclusão de classes, com uniformidade, abrangência e definições precisas, possibilitando a avaliação tanto em investigações baseadas em relatos verbais como, principalmente, em observação direta das interações educativas. A adoção de tais critérios na formulação do sistema de categorias favorece que pesquisadores independentes possam classificar os comportamentos de forma similar, uma vez que cada subclasse foi enquadrada em somente uma categoria (exclusão mútua), fundamentada em um único princípio ou critério de classificação (uniformidade), com clareza na definição dos critérios de classificação das classes e subclasses (definições precisas) e estabelecendo um sistema de categorias que apresenta as classes e subclasses consideradas relevantes para os educadores (abrangência).

O atual sistema de categorias das habilidades sociais educativas, proposto por Del Prette e Del Prette (no prelo-b), apresenta 32 subclasses subdivididas em quatro classes, a saber: (1) *Estabelecer contextos interativos potencialmente educativos* que compreende os comportamentos verbais ou não-verbais do educador que organiza material, contexto físico ou social para favorecer interação educativa; (2) *Transmitir ou expor conteúdos sobre habilidades sociais* que engloba os comportamentos verbais ou não-verbais do educador, mediados (ou não) por recursos visuais e auditivos, que apresentam conteúdos de habilidades sociais (informações, conceitos, histórias, dados etc.); (3) *Estabelecer limites e disciplina* engloba os comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador que estabelece (justifica, explicita, solicita, indica, sugere) regras ou normas ou valores e (4) *Monitorar positivamente* refere-se aos comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador envolvidos em administrar contingências sobre o comportamento diretamente

observável ou sobre comportamento relatado pelo educando (ver detalhamento de cada uma das subclasses, definições e exemplos no Anexo F).

Capítulo 3

Programas de intervenção para crianças com TDAH e seus pais

Diversos programas de intervenção psicológica têm sido propostos para crianças com TDAH (Alfano, Coutinho & Viana, 2008; Condemarín *et al.*, 2006). Dentre esses programas, esse capítulo detalha aqueles que foram planejados visando, especificamente, ao desenvolvimento das habilidades sociais de crianças com TDAH.

No caso das intervenções com as famílias dessas crianças, estas têm sido indicadas como um dos principais tratamentos coadjuvantes para minimizar os efeitos do TDAH na família e na escola. Em decorrência disto, os programas de intervenção voltados a essas famílias têm recebido bastante atenção, com investigações sobre os fatores familiares e aspectos dos programas que podem contribuir para amenizar os sintomas primários e secundários do TDAH e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas famílias. Os programas de intervenção específicos para essas famílias, na maioria das vezes, são baseados no manejo de contingências, visando principalmente atenuar os problemas de comportamentos apresentados pelas crianças.

Nesse capítulo, serão apresentados os programas específicos de habilidades sociais para crianças com TDAH e os programas comportamentais e as experiências de atendimentos às famílias em Treinamento de Habilidades Sociais, buscando, dessa forma, subsídios para discutir a proposta de Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas e Educativas para os pais de crianças com TDAH.

1 Programas de Habilidades Sociais a crianças com TDAH

No Brasil, programas específicos de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para crianças são escassos. Bolsoni-Silva *et al.* (2006) identificaram apenas dois estudos entre 1994 e 2004, sendo que nenhum deles era especificamente para crianças com diagnóstico de TDAH. Na literatura internacional, os resultados são mais animadores. A revisão realizada por Boo e Prins (2007) teve por objetivo avaliar estudos realizados entre 1995 e 2005, que utilizaram treinamento de habilidades sociais para crianças com TDAH. Foram selecionados seis estudos que atendiam aos seguintes critérios: utilizar

delineamento com grupo controle, apresentar descrição detalhada da população e utilizar intervenção descrita em manual de tratamento.

As diferenças entre os estudos com relação aos objetivos, metodologia, conteúdo e intensidade de cada programa não permitem comparações diretas entre eles, mas oferecem uma visão global das pesquisas realizadas na área de habilidades sociais para crianças com TDAH. Deve-se ressaltar que um fator presente em quase todos os estudos avaliados foi a inclusão do atendimento aos pais, concomitante ao Treinamento de Habilidades Sociais oferecido às crianças. A inclusão dos pais nesses programas baseia-se na pressuposição de que a generalização das habilidades para situações naturais depende do envolvimento de outras pessoas significativas para a criança, como pais e/ou professores (Frankel, Myatt, Cantwell & Feinberg, 1997; Pfiffner & Mcburnett, 1997; Sheridan, Dee, Morgan, McCormick & Walker, 1996; Anstheil & Remer, 2003; Tutty; Gephart & Wurzbacher, 2003).

A Tabela 2 apresenta, de forma resumida, uma visão global dos programas, com apresentação dos participantes submetidos à intervenção (pais e/ou crianças) e descrição dos objetivos gerais de cada um e dos objetivos específicos do atendimento oferecido aos pais.

Tabela 2

Características dos Programas de Treinamento de Habilidades Sociais Oferecidos aos Pais Concomitantes ao Atendimento dos Filhos.

| Autor/Ano | Objetivo Geral | Participantes | Objetivos do atendimento oferecido aos pais | n. sessões (pais) |
|--|--|---|--|-------------------|
| Frankel, Myatt, Cantwell e Feinberg (1997) | Comparar efeitos do THS sobre os diferentes tipos de TDAH (desatento e combinado). | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as tarefas de casa; • Informar sobre a classe de habilidades para fazer amizades; • Ensinar estratégias de manejo de comportamento. | 12 |
| Tutty, Gephart e Wurzbacher (2003) | Comparar efeitos do THS sobre os comportamentos de crianças com TDAH com e sem co-morbidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças; • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer sobre aspectos do TDAH (vídeos); • Usar estratégias de modificação de comportamento; • Estimular os filhos a fazer amizades. | 8 |
| Antshel e Remer (2003) | Comparar os efeitos do THS sobre os diferentes tipos de TDAH. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças; • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre as classes de habilidades sociais alvo do treinamento; • Instruir os pais para auxiliar os filhos nas tarefas de casa. | 3 |
| Miranda e Presentacion (2000) | Avaliar o efeito da adição de estratégias para controle da raiva em um grupo de crianças com TDAH e TDAH com co-morbidade. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças | Não houve participação dos pais. | 0 |
| Abikoff <i>et al.</i> (2004) | Investigar os efeitos da adição do tratamento combinado (incluindo o THS) sobre tratamentos medicamentosos com metilfenidato. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças; • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os pais a encorajar e elogiar comportamentos sociais alvos da intervenção. | Não consta |
| Pfiffner e Mcburnett (1997) | Comparar a efetividade de um programa de THS para crianças com outro que incluía, paralelamente, um programa de THS aos seus pais. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar estratégias para encorajar, ensinar e reforçar comportamentos sociais dos filhos; • Discutir importância das habilidades sociais para os filhos e o papel dos pais no desenvolvimento dessas habilidades. | 8 |
| Sheridan, Dee, Morgan, McCormick e Walker (1996) | Investigar a eficácia de um programa que combinava THS e medicamento (metilfenidato) para crianças com TDAH e seus pais. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças; • Pais | <ul style="list-style-type: none"> • Interagir e conversar com a criança de uma maneira encorajadora e não ameaçadora; • Guiar e apoiar os esforços da criança para solucionar suas dificuldades sociais; • Ajudar a criança a estabelecer metas sociais; • Ajudar a criança a generalizar habilidades aprendidas no grupo de crianças para as situações sociais atuais. | 10 |

Os dados da Tabela 2 indicam que, com exceção do estudo de Miranda e Presentacion (2000), os demais programas incluíram pais e crianças e apenas o programa proposto por Pfiffner e Mcburnett (1997) comparou dois programas de Treinamento de Habilidades Sociais dirigidos às crianças, sendo que somente em um deles havia a participação dos pais.

Dentre os estudos citados, o de Abikoff *et al.* (2004) verificou que as crianças apresentaram melhora em suas funções sociais em todas as condições de tratamento (medicamentoso e medicamentoso juntamente com THS). A ausência de diferença significativa entre os grupos levou os autores a atribuir os efeitos positivos ao medicamento, que era o fator comum em todas as condições de tratamento, e não ao THS.

Nos demais estudos, os resultados indicaram que o Treinamento de Habilidades Sociais teve efeitos positivos sobre o repertório de habilidades sociais. A análise feita por Boo e Prins (2007), referente a variáveis moderadoras (subtipo, comorbidade e idade) que poderiam afetar os resultados do tratamento, indicou que os ganhos diferem entre os subtipos de TDAH, sendo as crianças com o subtipo desatenção mais beneficiadas que as com o subtipo combinado e que a presença de co-morbidades (transtorno desafiador de oposição e desordens de conduta e de ansiedade) afeta negativamente os resultados do tratamento.

A similaridade da idade (entre 8 e 12 anos) das crianças nos diversos estudos da revisão de Boo e Prins (2007) não permitiu qualquer conclusão sobre qual abordagem poderia ser considerada mais adequada para cada idade. No entanto, como constatado por Hartman, Stage e Webster-Stratton (2003), crianças mais jovens com TDAH, que ainda não experimentaram fatores de risco secundários como fracasso escolar, rejeição social e convivência com grupos de pares desviantes, como resultado dos seus comportamentos aversivos, apresentam diminuída resistência à mudança quando comparadas a crianças mais velhas.

Com relação aos atendimentos dispensados aos pais, concomitantemente ao Treinamento de Habilidades Sociais realizado com as crianças, os resultados referentes à participação dos pais, enquanto facilitadores na manutenção e generalização das habilidades sociais treinadas, mostraram resultados divergentes. Por exemplo, no estudo de Sheridan *et al.* (1996) e Tutty *et al.* (2003), observou-se generalização para o contexto familiar, mas não para o contexto escolar. Por outro lado, o estudo de Frankel *et al.* (1997) verificou que, na avaliação das mães, houve melhora nos comportamentos de assertividade

e autocontrole dos filhos. Na avaliação dos professores, as crianças apresentaram aumento na popularidade e diminuição na agressividade, sugerindo que houve generalização para o contexto escolar. Não foram observadas mudanças significativas nos sintomas do TDAH.

Finalmente, Pfiffner & Mcburnett (1997) demonstraram que nos dois grupos (intervenção somente para crianças e intervenção para crianças juntamente com o atendimento aos pais) houve, na avaliação dos pais, significativa melhora para o repertório de habilidades sociais e diminuição dos problemas de comportamento apresentados pelos filhos. Os resultados não demonstraram a mediação dos pais como um fator que favorecesse a generalização para o ambiente familiar, visto que no grupo em que só as crianças foram atendidas também ocorreu generalização das habilidades sociais para o ambiente familiar. No entanto, somente o grupo com mediação de pais mostrou ganhos na avaliação dos professores.

A partir desses dados, Boo e Prins (2007) apontaram que não há evidências de que a participação dos pais funcione como uma variável mediadora para a mudança/generalização das habilidades sociais dos filhos. Para esses autores, isso ocorreu, possivelmente, porque o programa oferecido aos pais, nos estudos analisados, somente focalizava o apoio ao tratamento da criança, sendo insuficiente para acrescentar efeitos significativos ao treinamento das habilidades sociais oferecido às crianças. Ainda com relação a esses programas, O'Callaghan, Reitman, Northup, Hupp e Murphy (2003) consideraram que a ausência de generalização ocorreu devido à falta de uma programação específica para sua ocorrência.

O argumento apresentado por Boo e Prins (2007), de certa forma, busca uma explicação para os resultados obtidos nos estudos revisados por eles, mas também representa uma forma de não descartar o papel dos pais, mais especificamente a melhora nas habilidades parentais favorecidas pela participação em programas de treinamento destinados a pais, como variável mediadora para mudanças e generalização dos comportamentos sociais dos filhos. Os autores argumentam que estudos como o de Hinshaw *et al.* (2000), que se preocupou em avaliar o treinamento de pais como mediadores para mudança dos comportamentos dos filhos, revelaram que abordagens terapêuticas que trabalham buscando melhoria na qualidade das interações pais e filhos (redução de práticas negativas e inefetivas e aumento de práticas positivas) por si só serviriam de base para o relacionamento social da criança com outros, defendendo que

desenvolver interações positivas entre pais e filhos pode ser um importante mediador para o desenvolvimento social de crianças com TDAH.

De fato, Hinshaw *et al.* (2000), ao avaliarem práticas educativas dos pais relacionadas às habilidades sociais de crianças com TDAH, demonstraram que a diminuição de práticas disciplinares negativas e ineficazes como bater, proibir a criança, gritar, fazer a criança sentir-se mal, disciplina com inconsistência dentre outras, eram responsáveis pelas melhoras significativas nas habilidades sociais apresentadas pelas crianças.

2 Programas de intervenção junto a pais de crianças com TDAH

Dado que a família tem um papel vital no cuidado da criança com TDAH, inúmeros programas de treinamento para pais de crianças com TDAH têm sido propostos. Segundo Knight (1997) dentre os programas mais conhecidos destacam-se os programas de treinamento propostos por Barkley (1990); Patterson, Cobb e Ray (1972) e Forehand e McMahon (1981). Os elementos comuns desses programas incluem uma avaliação detalhada das habilidades parentais e problemas de comportamento da criança e, posteriormente, uma intervenção, com duração aproximada de 8 a 12 sessões, com base nos princípios de aprendizagem e elaborada com o objetivo de ensinar os pais a identificarem e modificarem os eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos dos filhos, por meio de estratégias de manejo de contingências.

Os componentes essenciais dos programas de treinamento comportamental para pais de crianças com TDAH, baseados em Barkley (2002) e Wells *et al.* (2000), estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3

Componentes Comuns nos Programas de Treinamento Comportamental para Pais de Crianças com TDAH.

-
1. Fornecer esclarecimentos sobre o TDAH;
 2. Ensinar aos pais princípios de aprendizagem e de manejo de comportamento;
 3. Ensinar pais a usar comandos claros, simples e breves para aumentar a obediência das crianças;
 4. Prestar atenção aos comportamentos desejáveis e ignorar os indesejáveis;
 5. Usar sistema de economia de fichas e o manejo de contingência para comportamentos desejáveis e indesejáveis;
 6. Usar *time-out* para diminuir comportamentos indesejáveis;
 7. Ensinar habilidades para manejar comportamentos indesejáveis em situações externas ao lar;
 8. Aumentar sentimento de competência dos pais;
 9. Reduzir estresse parental e familiar.
-

A revisão de literatura sobre treinamento de pais, realizada por Chronis *et al.* (2006), demonstra a eficácia desses programas no tratamento de crianças com TDAH.

De fato, os resultados referentes aos programas de treinamento comportamental para pais ou meta-análises, que examinaram esses programas, demonstram que eles efetivamente aumentam a habilidade dos pais no manejo dos comportamentos de suas crianças e reduzem os sintomas do TDAH e a severidade de problemas de comportamento em casa (Huang, Chao, Tu & Yang, 2003), também apresentam efeitos positivos na redução de comportamentos internalizantes e problemas acadêmicos (Corcoran & Dattalo, 2006), reduzem comportamentos hiperativos, desafiantes e agressivos, melhoram os comportamentos dos pais e reduzem o estresse apresentado pelos mesmos (Danforth, Harvey, Ulaszek & McKee, 2005), melhoram os efeitos sobre o desempenho acadêmico, memória e QI, mas não têm efeito sobre os sintomas primários do TDAH (Purdie, Hattie, & Carroll, 2002), reduzem os sintomas do TDAH e aumentam o sentimento de bem-estar das mães (Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury & Weeks, 2001), e ainda mostram significativa melhora no ajustamento escolar e nos sintomas externalizantes e internalizantes (Barkley, Guevremont, Anastopoulos & Fletcher, 1992).

Daly *et al.* (2007) sugerem que, devido às fortes evidências da contribuição das intervenções com pais na redução dos sintomas do TDAH, na melhoria das habilidades

parentais, no sentimento de competência dos pais e na diminuição da angústia familiar, esse tipo de atendimento deveria ser considerado como prioritário no tratamento do TDAH.

Embora esses estudos demonstrem a efetividade dos programas comportamentais para pais, os resultados obtidos na meta-análise realizada por Corcoran e Dattalo (2006) indicaram que essa intervenção apresentou pouco impacto sobre a competência social da criança, ou seja, o desempenho social da criança não era afetado pelo programa oferecido aos pais. Esse dado pode ser justificado pela constatação de que as propostas de intervenção utilizadas no treinamento comportamental para pais caracterizam-se, essencialmente, pelo treinamento dos pais em estratégias de manejo do comportamento da criança e os procedimentos e resultados enfatizam mais a modificação dos sintomas primários do TDAH do que das dificuldades interpessoais (Chronis et al., 2004; Cunningham, 2007).

Sendo o TDAH associado a prejuízos em diversos domínios, a efetividade do treinamento comportamental para pais, no sentido de auxiliar os pais no desenvolvimento das habilidades sociais de seus filhos, depende da adição de outros componentes no programa, por exemplo, o Treinamento de Habilidades Sociais, uma vez que o treinamento comportamental para pais isoladamente não tem impacto funcional em áreas específicas, como é o caso das habilidades sociais que não são privilegiadas na intervenção (Chronis et al., 2004; Corcoran & Dattalo, 2006).

3 Promoção de Habilidades Sociais Educativas em programas para pais

Del Prette e Del Prette (no prelo-a) defendem que, para o aprendizado e/ou aprimoramento de habilidades sociais das crianças, programas podem ser propostos tanto para serem desenvolvidos diretamente com as crianças, por meio de processos educativos ou terapêuticos, e/ou indiretamente por meio da condução de programas junto a pais ou professores. Como apresentado anteriormente, a maioria dos estudos sobre programas em habilidades sociais disponíveis na literatura internacional tem privilegiado a intervenção direta junto às crianças e indireta junto aos pais para ensinar habilidades sociais às crianças. No Brasil, em contrapartida, diversos estudos têm revelado a importância de programas para pais voltados a lhes ensinar estratégias que favorecem o desenvolvimento de comportamentos socialmente habilidosos de seus filhos.

O entendimento subjacente a esses programas é que ensinar habilidades sociais a pais pode ser um recurso para trabalhar com as dificuldades de interação social dos filhos, pois, como sinalizou Gray, Spurway e McClatchey (2001), quando pais ou cuidadores apresentam repertório elaborado de habilidades sociais, geralmente adotam ações educativas mais eficazes que favorecem ao filho o aprendizado de comportamentos socialmente mais adequados.

Com base nas evidências das falhas dos Treinamentos de Habilidades Sociais oferecidos diretamente às crianças com TDAH, principalmente na questão da generalização, Phelan (2005) afirma que os déficits em habilidades sociais são um dos aspectos mais resistentes à mudança no quadro de TDAH. Para o autor, durante o período de atendimento, as crianças conseguem definir as habilidades, descrever alternativas comportamentais, interpretar papéis, mas na sua vida cotidiana não se lembram de usar a nova habilidade. Frente a esse quadro, sugere que pais sejam agentes de intervenção em habilidades sociais de seus filhos. O autor defende que: (a) o tempo que pais e filhos passam juntos oferece oportunidades mais amplas de treinamento quando comparado ao treinamento em grupo para crianças que dura cerca de quinze semanas; (b) as crianças aprendem muito por meio de modelação e indubitavelmente elas irão imitar o comportamento de seus pais; (c) os pais devem ser treinadores de seus filhos, modelando e encontrando maneiras de reforçar e estimular os esforços dos filhos em interações sociais positivas.

Finalmente, para confirmar a importância da participação dos pais como agentes de intervenção de seus filhos, o autor afirma que se os pais estabelecerem uma vez por semana um encontro amigável do filho com outra criança (estruturando esse encontro para ser reforçador às duas crianças) em um ano a criança terá cinquenta experiências sociais positivas e ainda com a possibilidade de fazer um amigo, que por si só é de grande contribuição para o desenvolvimento socioemocional da criança.

Sendo os pais os agentes sociais primários na educação de seus filhos, as habilidades sociais educativas tornam-se um componente crítico para o desenvolvimento e aprendizado de comportamentos socialmente habilidosos. Especificamente para pais de crianças com TDAH, não foram encontradas na literatura nacional e internacional descrição e avaliação de programas de Treinamento de Habilidades Sociais e/ou Habilidades Sociais Educativas. No entanto, deve-se ressaltar que dois livros clássicos da área de TDAH (Barkley, 2002; Goldstein & Goldstein, 1994) descrevem uma estrutura

básica de programas que pais poderiam seguir para desenvolver as habilidades sociais de seus filhos com TDAH, ainda que não o denominassem de habilidades sociais educativas.

No modelo proposto por Goldstein e Goldstein (1994), são apresentados os passos de resolução de problemas que devem ser aplicados pelos pais para a solução de problemas de relacionamento. O modelo oferecido por Barkley (2002) envolve várias estratégias para a criação de situações sociais que aumentam a probabilidade de sucesso dos filhos nessas situações e/ou diminuem as chances de fracasso. Talvez, como salientou Goldstein e Goldstein (1994), a ausência de mais estudos na área de habilidades sociais para crianças com TDAH ocorre, infelizmente, porque as dificuldades no relacionamento social são frequentemente menosprezadas quando se consideram as outras dificuldades vividas por crianças hiperativas.

Frente a esse contexto, a análise dos trabalhos realizados com outras populações pode oferecer suporte indireto para o atendimento a esses pais, em termos do conjunto de habilidades sociais treinadas, estratégias e resultados.

No Brasil, foram encontrados estudos que avaliaram a efetividade de programas para ensinar habilidades sociais educativas a pais sem queixas clínicas (Silva, Del Prette & Del Prette, 2000), a pais de crianças deficientes visuais (Freitas, 2005), a pais de crianças com problemas de comportamento (Pinheiro, 2006) e a pais de crianças com queixas escolares (Barros, 2008).

O estudo de Silva *et al.* (2000), utilizando delineamento pré-experimental, avaliou, por meio de entrevistas e um inventário aplicados antes e depois da intervenção, os efeitos de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para pais, sem queixa clínica, visando à promoção de interações mais satisfatórias com os filhos. Participaram do programa quatro casais de funcionários de uma universidade pública, com filhos que constituíam famílias nucleares intactas. O programa constou de 10 sessões em formato grupal e abordou prioritariamente as habilidades de leitura do ambiente social (observação e auto-observação), consequenciar o comportamento do filho, autocontrole na expressão inadequada de sentimentos negativos (explosão) e expressar sentimentos positivos de carinho e afeto. Os resultados apontaram que o programa propiciou a aquisição e o aumento de habilidades como expressão de sentimentos, diálogo, incentivo a comportamentos adequados, resolução de problemas, reflexão sobre a prática educativa e outros. Contudo, persistiram dificuldades de expressão adequada das emoções negativas, habilidades de dar ordens/pedidos e substituição de estratégias punitivas. Os autores

creditaram parte da efetividade do programa ao seu formato grupal, porque permitiu a discussão coletiva dos problemas encontrados na educação dos filhos, o levantamento e o questionamento de soluções propostas e a modificação de percepções e concepções.

O estudo de Freitas (2005) teve por objetivo avaliar os déficits e habilidades sociais de mães de crianças com deficiência visual e planejar, implementar e avaliar um programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para essas mães. Nesse estudo foi utilizado um delineamento quase-experimental, com a inclusão de grupo de tratamento, de validação social e controle. O programa baseou-se em dados sistemáticos de observações diretas e inventários. O programa foi composto de sessões com formato grupal e formato individual, totalizando 84 horas de atendimento. Os resultados indicaram que o desempenho social deficitário apresentado pelas crianças foi superado ou minimizado após as mães, adequadamente, usarem com efetividade habilidades como as de ler o ambiente, criar contexto motivador para o aprendizado, consequenciar o comportamento do filho, expressar sentimentos, dar *feedback* e promover a generalização dos comportamentos aprendidos.

Pinheiro (2006) adaptou e aplicou um programa de treinamento de pais dando ênfase à promoção de habilidades sociais educativas parentais e avaliou seus efeitos sobre os problemas comportamentais infantis. Para tanto, elaborou um programa com delineamento pré-experimental (avaliação antes-depois de grupo único), com base em dados provenientes de questionários e de inventários. O programa teve duração de 11 semanas e os resultados mostraram redução significativa na frequência dos problemas de comportamentos, mostrando que o enfoque em habilidades sociais educativas pode contribuir para o desenvolvimento de práticas disciplinares não-coercitivas.

Barros (2008) elaborou, aplicou e avaliou os efeitos de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais destinado a pais sobre o desempenho escolar dos seus filhos com queixas escolares. O estudo, caracterizado como quase-experimental, teve a participação de 15 cuidadores (mães ou pais, tias ou avós), distribuído na condição de tratamento (Grupo Experimental-GE – N=8) e de não-tratamento (Grupo Controle – GC - N=9). Os dados referentes às habilidades dos pais e do desempenho escolar das crianças foram obtidos por meio de instrumentos de autorrelato antes e depois da intervenção. Com relação às habilidades parentais, os resultados mostraram diferença significativa entre os grupos, com o GE apresentando mais comportamentos relativos a estabelecer regras e limites, demonstrar carinho ao filho, ficar mais tempo em contato com ele, seus amigos e

sua escola. Os dados relativos ao desempenho escolar das crianças (avaliados pelo *Teste de Desempenho Escolar-TDE*) mostraram que as crianças do GE tiveram progressos no desempenho escolar em Leitura e Escrita. A partir desses dados, a autora sugere que pais de crianças com queixas escolares podem beneficiar-se de programa de Treinamento de Habilidades Sociais, com a melhora no rendimento escolar de seus filhos.

Considerando os resultados desses estudos, verificou-se que a promoção das habilidades sociais educativas teve efeitos positivos no desenvolvimento de padrões de comportamento social adequado dos filhos e nas interações pais e filhos. Assim, a presença ou a combinação dos comportamentos definidos como habilidades sociais educativas podem aumentar a probabilidade dos pais lidarem mais efetivamente com os déficits sociais de seus filhos no sentido de superá-los ou minimizá-los. Ensinar habilidades sociais aos pais, visando a alterar os comportamentos dos filhos, significa estabelecer intervenções propícias que favoreçam mudanças nos comportamentos dos pais, sendo que os ganhos obtidos também podem somar-se à prevenção de comportamentos antissociais na adolescência e melhora do desempenho acadêmico (Gresham, 1997).

Reconhecidamente, quando os pais têm conhecimento dos princípios de aprendizagem subjacentes às suas práticas educativas e de outros comportamentos que lhes possibilitem atuar efetivamente na educação de seus filhos, eles podem proceder de forma adequada para o aprendizado de comportamentos socialmente habilidosos dos filhos (Freitas, 2005). Além disso, os pais precisam reconhecer-se como parte integrante de qualquer intervenção bem sucedida para sua criança, principalmente para crianças com TDAH que precisam de mais orientações sobre habilidades sociais, escolhas, responsabilidades e ajuda para desenvolver habilidades de controle dos impulsos e organização (Wright, Partridge & Williams, 1998).

Capítulo 4

Justificativa e problema de pesquisa

Sendo o TDAH um dos transtornos mais comuns na infância, não constitui surpresa o fato de ser um dos transtornos mais estudados na atualidade (Barkley, 2002; Sena & Neto, 2007). A falta de unanimidade acerca das causas, prevalência e, principalmente, de tratamentos mais adequados, implica na necessidade de mais pesquisas para elucidar aspectos que possam refletir-se na adequação de programas de intervenção com vistas à melhoria da qualidade de vida dessa população.

Com relação à educação formal, as crianças com TDAH constituem, reconhecidamente, um grupo de crianças que apresenta necessidades educacionais diferenciadas e que, portanto, requer um atendimento educacional especializado. As características peculiares por elas apresentadas, tais como o breve período de atenção, o alto nível de atividade e o limitado controle de impulsos, limitam sua capacidade de atender às demandas exigidas pela escola nas atividades acadêmicas e sociais. Por exemplo, o alto nível de atividade pode desviar a atenção da criança às instruções e, assim, minimizar a “conquista” da informação acadêmica ou elas podem tomar decisões apressadas demais em tarefas acadêmicas, prejudicando seu desempenho independente (DuPaul & Stoner, 2007).

Diferentemente de alguns grupos de crianças que estão em escolas especiais, as crianças com TDAH não estão fora do ensino regular, mas podem constituir um grupo de risco para a Educação Especial. Na concepção de Ferreira (2005; 2006), essas crianças têm acesso à educação (*melhor seria dizer à escola*), mas com muita frequência encontram-se em permanente risco de exclusão, por razões distintas, entre as quais a crença de que esses estudantes não são capazes de aprender, não encontram oportunidades para participar de todas as atividades escolares, são expulsos ou suspensos e experimentam continuamente a discriminação e/ou maus tratos, tanto na família como na escola.

A perspectiva de uma educação inclusiva, que preconiza a valorização da diversidade bem como a igualdade de direitos e oportunidades educacionais para todos, leva à ênfase das possibilidades de aprendizagem e não das limitações das crianças com necessidades educacionais especiais. Essa postura implica, portanto, em reconhecer as falhas do ambiente social, proporcionando condições adequadas às suas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento, e não destacando suas limitações ou deficiências (Glat

& Fernandes, 2005). No caso específico do TDAH, essa consideração torna-se fundamental, uma vez que os critérios de avaliação foram desenvolvidos dentro de um contexto médico, sugerindo que o problema está localizado na criança enquanto “portadora” de um transtorno e negligenciando as variáveis ambientais que poderiam exercer um papel na manutenção ou agravamento dos comportamentos apresentados pela criança (DuPaul & Stoner, 2007). De modo similar, Cypel (2007) afirma que se referir somente à criança e ao seu distúrbio de comportamento, sem alusão ao seu meio ou ao contexto de vida, é desconsiderar as influências que o ambiente social exerce sobre o desenvolvimento da criança, atribuindo-se à criança toda a responsabilidade pelo quadro apresentado.

Desta forma, a escolha do atendimento direto às mães (e indireto à criança) foi baseada na suposição de que o contexto social familiar pode proporcionar contingências favoráveis à aprendizagem de comportamentos incompatíveis com o padrão do TDAH e compatíveis com o comportamento de estudar e com interações satisfatórias com pares e professores na escola. Essa escolha também se assenta na concepção de que um sistema inclusivo depende da participação e da parceria da família a fim de garantir o acesso, a permanência e o sucesso dessas crianças na escola.

No caso das crianças com TDAH, a sua permanência no ambiente escolar depende, portanto, dessa rede de apoio para ampliar suas oportunidades de aprendizagem e garantir o desenvolvimento de suas capacidades acadêmicas ou sociais, que se encontram comprometidas. Nesse sentido, a família, entendida como um componente ativo, contribuinte e essencial à educação dos filhos, divide responsabilidades com a escola para enfrentar os desafios da escolarização impostos à criança com TDAH.

Para essa tarefa, pais precisam apresentar um conjunto de ações que garanta a sua participação efetiva, enquanto educadores, em todos os contextos em que a criança está inserida, o que implica em competências para interagir com filhos na promoção dos comportamentos exigidos nesses contextos. A aquisição e o domínio dessas competências dos pais nem sempre ocorre naturalmente, necessitando muitas vezes de programas de intervenção que os auxiliem.

As propostas de intervenção para pais, principalmente aquelas com base no treinamento para uso de estratégias educativas, têm sido atualmente muito utilizadas como coadjuvantes no tratamento do TDAH por mostrarem resultados favoráveis na promoção

de comportamentos adequados e na redução de comportamentos inadequados dos filhos, o que, por sua vez, fortalece o comportamento dos pais na utilização dessas estratégias.

Esse tipo de treinamento, porém, não tem enfatizado a aprendizagem das habilidades sociais dos filhos, consideradas pela literatura como uma das áreas mais comprometidas nas crianças com TDAH. As intervenções que abordam a aprendizagem de habilidades sociais são conduzidas diretamente com as crianças, porém os resultados desses estudos não mostram a manutenção e generalização dos comportamentos aprendidos para outros contextos (Sheridan *et al.*, 1996; Pfiffner & Mcburnett, 1997), o que remete à necessidade de rever os procedimentos com pais e professores de modo a apoiar o processo de generalização.

Na atualidade, principalmente na literatura nacional, os programas de Treinamento de Habilidades Sociais e/ou Habilidades Sociais Educativas para educadores (Barros, 2008; Freitas, 2005; Molina, 2007; Pinheiro, 2006; Silva *et al.*, 2000; Vila, 2005) baseiam-se no reconhecimento da necessidade de desenvolver e de aprimorar as habilidades sociais dos educadores que favoreçam o aprendizado/aprimoramento do repertório de habilidades sociais e acadêmicas dos educandos, com e sem necessidades educacionais especiais. Particularmente importantes, nesses estudos nacionais, são as evidências de generalizações dos comportamentos aprendidos pelos educadores no Treinamento de Habilidades Sociais e/ou Habilidades Sociais Educativas, realizadas no contexto clínico, para o contexto familiar (no caso de pais) e para o contexto de sala de aula (no caso de professores).

No entanto, considerando que programas para educadores seguem a premissa de um modelo triádico, em que a atuação é indireta em relação a crianças e direta em relação a educadores (pais, professores ou outros agentes sociais), visando capacitá-los para que atuem como agentes de promoção de condutas adaptativas na criança ou no jovem (Del Prette & Del Prette, no prelo-a), poucos estudos avaliaram os efeitos do Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas e/ou de Habilidades Sociais Educativas referentes ao desempenho social das crianças (Freitas, 2005, Molina, 2007) e ao desempenho acadêmico (Barros, 2008; Molina, 2007), prevalecendo, nos demais estudos, avaliações relativas aos comportamentos dos educadores.

Reconhecendo que a promoção das habilidades sociais de crianças constituiu um recurso fundamental para seus progressos acadêmicos (Feitosa, 2007; Molina & Del Prette, 2006), no sentido de facilitadores acadêmicos referidos pela literatura internacional (DiPerna & Elliott, 2002; DiPerna, Volpe & Elliott, 2002), considera-se necessário que a

avaliação dos efeitos de um programa focalize os comportamentos dos educadores como também as habilidades sociais, a competência acadêmica e os problemas de comportamentos apresentados pelas crianças. Nesse sentido, Kramer (1990) sugere, no caso específico do treinamento de pais, dois níveis de generalização a serem avaliados. A preocupação inicial deve ser com a generalização das habilidades parentais, que é o pré-requisito necessário para as mudanças do comportamento da criança e, posteriormente, a avaliação final da generalização que deve ser sobre as mudanças no comportamento da criança.

Esse tipo de avaliação remete à validade externa do programa que visa a responder até que ponto os efeitos do tratamento são generalizáveis para outras pessoas, áreas de problema, ambientes e contextos (Kadzin, 2008), ou seja, refere-se à ocorrência do comportamento desejado em contextos e com interlocutores diferentes daqueles presentes na condição de treinamento.

A manutenção e a generalização dos efeitos da intervenção são componentes que indicam a efetividade da intervenção. Conforme Del Prette e Del Prette (2005a), uma intervenção considerada eficiente deve apresentar resultados que se prolonguem no tempo (manutenção) e que ocorram em outros ambientes e com outras pessoas (generalização). Para tanto, não se pode esperar que esses dois efeitos do tratamento ocorram naturalmente, sendo necessário programar esses resultados (Del Prette & Del Prette, 2005a; Milan & Mitchel, 1996). Por isso mesmo, na área de Treinamento de Habilidades Sociais, a utilização de tarefas de casa tem se mostrado como uma forma eficiente de promover a manutenção e a generalização das habilidades sociais ao longo do tempo em diversos contextos e com diferentes interlocutores (Del Prette & Del Prette, 2005a).

Além da ausência da avaliação do impacto do programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas sobre as habilidades sociais e acadêmicas dos educandos, esses estudos brasileiros caracterizam-se essencialmente como pré-experimentais (Bolsoni-Silva *et al.*, 2000; Pinheiro, 2006; Vila, 2005), sendo bastante raros os quase-experimentais como o de Freitas (2005) e Barros (2008) e os experimentais como o de Molina (2007). Essa situação deixa em aberto a questão da efetividade dos procedimentos que vêm sendo utilizados, requerendo, portanto, um maior investimento em delineamentos mais rigorosos (Bolsoni-Silva *et al.*, 2006).

Isso remete à necessidade de programas que, além da validade externa, apresentem também validade interna, visando avaliar qual o impacto do tratamento em relação ao não-

tratamento (Kadzin, 2008) ou outras formas de controle (Rocha, Del Prette & Del Prette, s.d.). Conforme destacado por Cozby (2003), para garantir a validade interna é necessário controlar os efeitos da história, maturação, teste, desgaste do instrumento e regressão estatística. Esse controle pode ser feito de várias formas, porém a mais usual é a alocação aleatória dos indivíduos aos grupos experimental e controle. Por meio dessa distribuição, procura-se garantir que a influência de qualquer variável estranha seja equivalente ou tenha a mesma probabilidade de afetar tanto o grupo experimental quanto o de controle. Nesse caso, as explicações das diferenças entre os grupos são atribuídas aos efeitos da variável independente e não às variáveis não controladas, principalmente, características dos participantes.

Desta forma, a partir da constatação da falta de pesquisas na área de habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH, visando promover e aprimorar as habilidades sociais e acadêmicas de seus filhos e a necessidade e a relevância de programas de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas e de intervenção com evidências de validade interna e externa, esse estudo foi norteado pelas seguintes questões: (a) qual a efetividade de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas (THSE) para mães de crianças com TDAH comparado a um grupo controle sem tratamento?; (b) quais as evidências de generalização, para o contexto familiar, dos efeitos eventualmente produzidos pelo programa?; (c) qual o impacto de THSE sobre o aumento da frequência de comportamentos sociais e acadêmicos e diminuição dos problemas de comportamentos dos seus filhos (objeto indireto da intervenção), no contexto familiar e escolar?

Tendo em vista essas questões, o presente estudo tem por objetivo avaliar os efeitos de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas junto a pais de crianças com TDAH, focalizando tanto a sua validade interna como a externa por meio de delineamento experimental e planejamento de algumas condições para a generalização. Assim, a avaliação do programa focalizará os efeitos do mesmo: (a) sobre as habilidades sociais cotidianas e habilidades sociais educativas das mães estabelecidas enquanto objetos da intervenção direta (validade interna) e (b) sobre indicadores de habilidades sociais, problemas de comportamento e de competência acadêmica das crianças, avaliados por mães e professores, enquanto objeto indireto do programa de intervenção (validade externa).

Método

A pesquisa foi conduzida sob um delineamento experimental, com dois grupos de pais alocados aleatoriamente aos grupos experimental e controle. Ao final da pesquisa, está prevista a condução, com as mães do grupo controle, do mesmo programa desenvolvido com o grupo experimental, garantindo que todos se beneficiem com os resultados.

A presente pesquisa atendeu aos princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde em relação às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e foi aprovada pelo CEP/UFSCar/UEL, conforme Processo nº 0277.0.268.135-06 (Anexos A e B). A autorização para a realização da pesquisa na Instituição foi concedida pela coordenadora por meio do Termo de Concordância (Anexo C), no qual consta a descrição detalhada dos principais aspectos do projeto: objetivos, participantes, metodologia, contribuição do estudo, bem como a solicitação da autorização para o desenvolvimento da pesquisa e acordo firmado das responsabilidades pertinentes à instituição e à pesquisadora.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D), assinado pelos participantes, foi elaborado pela pesquisadora explicitando todas as questões metodológicas e éticas envolvidas na pesquisa. Esse termo constou de duas vias para que, após os esclarecimentos e a assinatura dando a devida anuência, uma pudesse ficar com o participante e a outra com a pesquisadora.

1 Participantes e Informantes

Participaram deste estudo 16 mães e seus respectivos filhos. Os critérios de seleção foram fundamentados nas características das crianças: ter diagnóstico de TDAH, fazer uso de medicamento específico para esse quadro, ter idade entre 7 e 12 anos, estar cursando o ensino fundamental (1ª a 6ª série) e frequentar o atendimento psicopedagógico oferecido por uma instituição de ensino superior onde a pesquisa seria desenvolvida. Devido à falta de padronização de instrumentos e critérios para o diagnóstico do TDAH, as crianças participantes da pesquisa foram avaliadas por um único profissional (psicóloga responsável pelo atendimento psicopedagógico oferecido às crianças na instituição) a partir dos mesmos critérios e instrumentos: teste de WISC, observação direta no contexto escolar;

análise do material escolar e escala ⁴, com base no DSM-IV e na Escala de Corners, a ser respondida por pais e professores para avaliação dos sintomas e frequência do TDAH. Para obter homogeneidade da amostra em termos de gênero, foi excluída a única criança do sexo feminino que atendia aos demais critérios de seleção.

Para avaliar o desempenho social, acadêmico e problemas de comportamento dessas crianças no contexto escolar, participaram como informantes seus professores do ensino regular. No caso das crianças que cursavam entre a 1^a e a 4^a série do ensino fundamental foram informantes os professores regentes da sala de aula e para aquelas que estavam cursando a 5^a ou 6^a série do ensino fundamental os dados foram coletados junto aos professores que lecionavam a disciplina de matemática ou português.

A Tabela 4 apresenta a caracterização das mães participantes, distribuídas nos Grupos Experimental (GE) e Controle (GC).

⁴ A escala foi elaborada pela psicóloga responsável pela avaliação das crianças e ainda não está padronizada para a população brasileira.

Tabela 4

Caracterização das Mães dos Grupos Experimental(GE) e Controle(GC).

| Características | | GE (N=8) | | GC (N=8) | | Total (N=16) | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------|------|----------|------|--------------|-------|
| | | FA | FR | FA | FR | FA | FR |
| Idade | 20 a 29 | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | 30 a 39 | 7 | 87,5 | 3 | 37,5 | 10 | 62,5 |
| | 40 a 49 | 1 | 12,5 | 2 | 25,0 | 3 | 18,75 |
| | 50 a 59 | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | 60 a 69 | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 5 | 62,5 | 2 | 25,0 | 7 | 43,7 |
| | Ensino Médio | 1 | 12,5 | 5 | 62,5 | 6 | 37,5 |
| | Ensino Superior | 2 | 25,0 | 1 | 12,5 | 3 | 18,7 |
| Classificação socioeconômica* | B1 | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |
| | B2 | 2 | 25,0 | 4 | 50,0 | 6 | 37,5 |
| | C1 | 4 | 50,0 | 4 | 50,0 | 8 | 50,0 |
| | D | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |
| Profissão | Do lar | 3 | 37,5 | 4 | 50,0 | 7 | 43,7 |
| | Doméstica mensalista | 2 | 25,0 | 1 | 12,5 | 3 | 18,7 |
| | Auxiliar de serviços gerais | 1 | 12,5 | 0 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | Assistente Administrativo | 1 | 12,5 | 1 | 0 | 2 | 12,5 |
| | Autônoma | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | Comerciária | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | Auxiliar de enfermagem | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |

FA – Frequência Absoluta; FR – Frequência Relativa.

* Classificação sugerida pelo IBOPE/ABEP (2003) a partir dos dados do Questionário Critério Brasil.

Como demonstram os valores apresentados na Tabela 4, observa-se que a faixa etária da maioria das mães (N=16) situa-se entre 30 e 39 anos de idade (62,5%).

Considerando os grupos, individualmente, observou-se uma concentração de mães no grupo experimental na faixa etária entre 30 e 39 anos (87,5%) e no grupo controle uma dispersão maior de idade abrangendo todas as faixas etárias. A análise estatística da comparação etária dos dois grupos não revelou diferença significativa entre eles ($U=1,2077$; $p=0,2271$).

Para a escolaridade e condição sócioeconômica, utilizou-se o *Teste G* que compara se três ou mais grupos correspondentes de frequência ou proporção apresentam diferença ou associação significativa (Vieira, 2003). A concentração de escolaridade situou-se na faixa do ensino fundamental (62,5%) para o GE e do ensino médio (62,5%) para o GC. A diferença entre os grupos não se mostrou significativa ($p=0,1013$) para a escolaridade. A classificação sócioeconômica também não apresentou diferença significativa ($p=0,3270$), com prevalência nas faixas B2 (37,5%) e C1 (50,0%). A maioria das famílias do GE (50,0%) foi classificada na faixa B2, enquanto no GC houve a mesma proporção de famílias (50,0%) classificadas nas faixas B2 e C1. Com relação à profissão, observou-se um predomínio (43,75%) de mães que eram donas de casa, seguido por mães que trabalhavam como empregada doméstica (18,75%).

A Tabela 5 apresenta as características das crianças de ambos os grupos.

Tabela 5

Caracterização das Crianças dos Grupos Experimental (GE) e Controle (GC).

| Características | GE | | GC | | Total | | |
|-----------------|---|----|-------|----|--------|----|------|
| | (N=8) | | (N=8) | | (N=16) | | |
| | FA | FR | FA | FR | FA | FR | |
| Idade | 7 - 8 | 0 | 0 | 2 | 25,0 | 2 | 12,5 |
| | 9 -10 | 2 | 25,0 | 0 | | 2 | 12,5 |
| | 11 -12 | 6 | 75,0 | 6 | 75,0 | 12 | 75,0 |
| Série | 1 ^a a 4 ^a | 3 | 37,5 | 3 | 37,5 | 6 | 37,5 |
| | 5 ^a e 6 ^a | 5 | 62,5 | 5 | 62,5 | 10 | 62,5 |
| Sexo | Masculino | 8 | 100 | 8 | 100 | 16 | 100 |
| Escola | Pública | 7 | 87,5 | 5 | 62,5 | 12 | 75,0 |
| | Privada | 1 | 12,5 | 3 | 37,5 | 4 | 25,0 |
| Medicamentos | Metilfenidato (Ritalina®) | 8 | 100 | 7 | 87,5 | 15 | 93,7 |
| | Neuleptil (antipsicótico) | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |
| | Risperidona (antipsicótico) | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |
| | Carbamazepina (Estabilizador do humor) | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 1 | 6,25 |

FA – Frequência Absoluta; FR – Frequência Relativa.

A maioria das crianças (75%), de ambos os grupos, tinha na época do atendimento entre onze e doze anos de idade, estava cursando a 5^a série (62,5%) e estudava em escolas públicas (75%). No grupo controle foi observado maior número de crianças em escolas privadas (37,5%). Não foi verificada diferença significativa entre os grupos com relação à idade ($U=0,2100$; $p=0,8336$). A análise estatística com o teste Exato de Fischer, utilizado para testar a hipótese de que as duas probabilidades são iguais (Vieira, 2003), não mostrou diferença significativa para as variáveis escolaridade ($p=1,000$) e tipo de escola ($p=0,5692$).

Com exceção de uma criança do grupo controle, as demais (93,75%) eram medicadas com metilfenidato de curta duração, conhecido comercialmente como Ritalina.

As doses variavam de um a três comprimidos ao dia, com prevalência de duas doses diárias, uma administrada antes de a criança ir à escola e a outra antes da realização das tarefas de casa, para aumentar o nível de atenção nas atividades escolares. Duas crianças, uma do grupo experimental e outra do grupo controle, eram medicadas adicionalmente no período noturno com Risperidona e Carbamazepina, respectivamente.

A idade média dos professores que participaram como informantes era de 38,62 anos, sendo 93,75% do sexo feminino, com tempo médio de magistério de 14 anos e todos com escolaridade superior (terceiro grau completo). No GE, a maioria (66,6%) dos professores que responderam ao inventário lecionava a disciplina de português e no GC os inventários foram respondidos por 50% de professores de matemática e 50% de português. Não foi observada diferença significativa com relação à idade ($U=0,21$; $p=0,8336$) e tempo de magistério ($U=0,5251$; $p=0,5995$). A análise estatística realizada pelo teste Exato de Fischer não revelou diferença significativa entre os grupos de professores com relação ao sexo ($p=1,000$) e disciplina lecionada ($p=1,000$).

2 Local

Os atendimentos foram realizados em uma clínica-escola de uma Universidade Pública do Estado do Paraná. Os atendimentos ao grupo foram realizados em uma sala destinada exclusivamente ao atendimento de grupos e os atendimentos individuais nas salas destinadas a esse tipo de atendimento.

3 Instrumentos

Nessa pesquisa foram utilizados seis instrumentos. Os instrumentos padronizados foram utilizados para avaliar as habilidades sociais cotidianas das mães (IHS-Del-Prette) e as habilidades sociais das crianças, seus problemas de comportamento e sua competência acadêmica (SSRS-BR). Os dados relativos ao poder aquisitivo dos participantes foram coletados por meio do Questionário Critério Brasil, padronizado pelo IBOPE (2003).

Os demais instrumentos foram elaborados especificamente para essa pesquisa. Dentre eles, dois avaliaram as Habilidades Sociais Educativas das mães (IHSE-autorrelato e Ficha de Observação da interação mãe-criança). Outro instrumento (Questionário para Avaliação do Programa) teve por objetivo avaliar a satisfação geral dos participantes com

relação ao programa, aos procedimentos utilizados e com a competência atual nas diferentes habilidades sociais cotidianas e educativas que foram alvos de treinamento. Esses três últimos instrumentos foram objetos de estudo-piloto visando à sua revisão e os devidos ajustes para os objetivos propostos. Abaixo são descritos detalhadamente cada um dos instrumentos.

1. Inventário de Habilidades Sociais – IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001a).

Foi utilizado nessa pesquisa para avaliar o repertório de habilidades sociais das mães e, embora não específico para educadores, envolve diversas habilidades necessárias para interações satisfatórias dos pais com pessoas significativas do ambiente da criança. É um instrumento de autorrelato, composto por 38 itens, cada um deles descrevendo uma situação social e uma possível reação para a qual o respondente faz uma estimativa da frequência com que reage daquela maneira (em uma escala Likert de cinco pontos). A análise fatorial revelou uma estrutura de cinco fatores que reúnem habilidades sociais de: 1) Enfrentamento/Autoafirmação com risco; 2) Auto-afirmação de Afeto Positivo; 3) Conversação e Desenvoltura Social; 4) Autoexposição a Desconhecidos; 5) Situações Novas, autocontrole da agressividade. Foram efetuados estudos de análise de itens (correlação item total e índices de discriminação), consistência interna (Alfa de Cronbach = 0.75), teste-reteste com o Inventário de Rathus ($r=0.71$, $p=0.01$) e outros estudos indicando validade e confiabilidade da escala tendo, portanto, qualidades psicométricas consideradas satisfatórias e aprovação pelo Conselho Federal de Psicologia.

2. Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais – SSRS-BR (Gresham & Elliott, 1990).

Este instrumento é considerado um dos mais populares na área nos EUA e está validado para o Brasil por Bandeira, Del Prette, Del Prette e Magalhães (s.d.). Sua utilização nessa pesquisa teve como objetivo avaliar, de acordo com a percepção da mãe, dos professores e da própria criança, o desempenho social, problemas de comportamento e competência acadêmica apresentada pelas crianças bem como subsidiar a escolha dos comportamentos-alvos para intervenção. É um sistema que inclui três escalas de avaliação: a) escala para professores (Forma P), que avalia habilidades sociais (30 itens), problemas de comportamento (18 itens) e competência acadêmica (9 itens); b) escala para pais (Forma M) com itens sobre habilidades sociais (38 itens) e problemas de comportamento (17 itens) e c) escala de autoavaliação (Forma C), que avalia habilidades sociais (35 itens). Para

avaliação da frequência das habilidades sociais, nas três formas, é utilizada uma escala tipo Likert com três pontos que variam de 0 a 2, sendo: 0=*Nunca*, 1 = *Algumas Vezes* e 2 = *Muito frequente*. A versão brasileira, utilizada nesse estudo, apresenta uma estrutura fatorial com seis fatores na Forma M e C e cinco fatores na Forma P, como descritos abaixo: Forma M: Fator 1 – Cooperação ($\alpha=0,79$); Fator 2 - Asserção Positiva ($\alpha=0,70$); Fator 3 - Iniciativa/Desenvoltura social ($\alpha=0,71$); Fator 4 - Asserção de enfrentamento ($\alpha=0,70$); Fator 5 – Civilidade ($\alpha=0,59$) e Fator 6 – Autocontrole ($\alpha=0,65$). Forma C: Fator 1 – Responsabilidade ($\alpha=0,62$); Fator 2 – Empatia ($\alpha=0,51$); Fator 3 – Assertividade ($\alpha=0,58$); Fator 4 – Autocontrole ($\alpha=0,46$); Fator 5 – Civilidade ($\alpha=0,49$) e Fator 6 - Expressão de sentimento positivo ($\alpha=0,49$). Forma P: Fator 1 - Responsabilidade/Cooperação ($\alpha=0,92$); Fator 2 – Asserção ($\alpha=0,87$); Fator 3 – Autocontrole ($\alpha=0,88$); Fator 4 – Autodefesa ($\alpha=0,78$) e Fator 5 - Cooperação com pares ($\alpha=0,73$).

Na Forma P e M o instrumento mede, além da frequência de ocorrência dos comportamentos sociais, o grau de importância atribuído aos comportamentos sociais descritos, buscando estabelecer a valorização social dos comportamentos que estão sendo avaliados. Para a avaliação da importância há três alternativas de resposta: 0 = não importante, 1= importante e 2 = indispensáveis.

Os itens referentes aos problemas de comportamento, presentes na Forma M e P, são respondidos apenas em relação à frequência de ocorrência do comportamento e também utiliza uma escala com três alternativas de resposta: 0 = *Nunca*, 1 = *Algumas Vezes* e 2 = *Muito frequente*. Na Forma M foram identificados três fatores: Fator 1 – Hiperatividade ($\alpha=0,75$) que engloba seis comportamentos: perturbar as atividades em andamento; ser irrequieto e se mexer excessivamente; demonstrar ansiedade quando está com grupo de amigos; desobedecer a regras e pedidos; agir impulsivamente e não ouvir o que os outros dizem. No Fator 2 – Comportamentos Problemáticos Externalizantes ($\alpha=0,72$) os comportamentos descritos são: brigar com os outros; ameaçar ou intimidar os outros; discutir com os outros, retrucar quando adultos lhe corrigem, ficar com raiva facilmente e ter acessos de birra. O Fator 3 - Comportamentos Problemáticos Internalizantes ($\alpha=0,60$) envolve comportamentos como: mostrar-se triste ou deprimido, parecer solitário, ter baixa autoestima, ficar ruborizado (envergonhado) facilmente, desconcentrar-se facilmente. Na Forma P foram identificados dois fatores: Fator 1 – Comportamentos problemáticos externalizantes ($\alpha=0,93$) e Fator 2 - Comportamentos problemáticos internalizantes ($\alpha=0,74$).

Na avaliação da Competência Acadêmica ($\alpha=0,98$), somente presente na Forma P, o professor classifica o estudante comparando-o aos seus colegas de classe com base em seis alternativas de resposta: 1 - *entre os 10% piores*; 2 – *entre os 20% piores*; 3 - *entre os 40% médios*; 4 – *entre os 20% bons* e 5 – *entre os 10% melhores*.

3. *Ficha para registro de Frequência de Habilidades Sociais Educativas nas filmagens* (FHSE, Anexo E). Elaborada para o registro da interação mãe-criança durante períodos de brincadeiras e jogos livres e de situações estruturadas que estabeleçam oportunidades de emissão dos comportamentos descritos nas classes de habilidades sociais educativas (Anexo F), propostas por Del Prette e Del Prette (no prelo-b). A opção por introduzir situações estruturadas foi fundamentada na literatura da área de TDAH (Tripp, 2006; Barkley, 1998), cujos estudos salientam a influência do contexto nas interações familiares observadas. O protocolo para registro da interação mãe-criança consta de três seções, sendo a primeira para a identificação dos participantes, dos observadores e da fase de avaliação (pré, pós-intervenção ou seguimento) a que se referia a observação. A segunda seção foi organizada para registrar os comportamentos (durante os cinco primeiros minutos de filmagem) apresentados em cada uma das quatro situações programadas (uma livre e três estruturadas) e a terceira seção para registro do índice de concordância entre observadores (Concordância, Discordância, Total e Índice de Concordância).

As atividades estruturadas (1 e 3) foram selecionadas em Del Prette e Del Prette (2005a) a partir da descrição dos objetivos apresentados pelos autores e, posteriormente, adaptadas para criar oportunidades para o desempenho das mães na interação com o filho. A outra atividade estruturada (2) foi elaborada pela pesquisadora, tomando como base as subclasses da Classe *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*.

Os dados obtidos no estudo-piloto utilizando essas mesmas atividades permitiram constatar sua adequação para o estabelecimento de oportunidades e demandas para emissão de alguns comportamentos descritos nas classes de habilidades sociais educativas, tais como: negociar regras, chamar atenção para regras pré-estabelecidas, elogiar, dar *feedback* positivo, fazer perguntas de sondagem ou desafio, apresentar objetivos, incentivar. Embora os comportamentos acima tivessem sido priorizados para avaliar a adequação das atividades no decorrer do estudo-piloto, todas as outras subclasses das habilidades sociais educativas emitidas durante as atividades (livre e estruturadas) também foram alvo de registro nessa pesquisa.

4) *Indicadores de Habilidades Sociais Educativas* (IHSE, Anexo G). Foi elaborado pela pesquisadora com o objetivo de avaliar, por meio do relato das mães, a frequência e a funcionalidade de nove subclasses de habilidades sociais educativas, distribuídas nas diferentes classes: *Estabelecer Contextos Interativos Potencialmente Educativos*, *Monitorar Positivamente*, *Estabelecer Limites e Disciplina* e *Transmitir ou Expor Conteúdos sobre Habilidades Sociais*. A elaboração das questões foi baseada na identificação, dentro do sistema de categorias de habilidades sociais educativas, das subclasses que necessitavam de condições materiais (programa de TV, episódio familiar, um acontecimento etc.) ou sociais (presença de outros interlocutores na situação) para a sua emissão. A falta de oportunidade para o desempenho da habilidade, em decorrência da ausência dessas condições, poderia diminuir a probabilidade da emissão desses comportamentos. Posteriormente o instrumento foi objeto de estudo-piloto para revisão e ajustes necessários e, com base nesses dados, o instrumento ficou composto de nove questões relativas a:

1. Utilizar situações do dia-a-dia (TV, episódios familiares, da escola, da vizinhança, jornais) para ensinar comportamentos sociais aos filhos;
2. Arranjar materiais (filme, livros, *sites*) para ensinar comportamentos sociais aos filhos;
3. Buscar informações sobre o desempenho escolar dos filhos;
4. Estabelecer regras de convivência social;
5. Incentivar o filho a conversar com outras pessoas;
6. Incentivar o filho a organizar reuniões com os amigos na própria casa ou organizar para ele;
7. Identificar os meios utilizados pelas mães para saber onde o filho está, com quem está e o que está fazendo;
8. Descrever os comportamentos emitidos pelas mães frente aos comportamentos dos filhos considerados por elas adequados;
9. Descrever os comportamentos emitidos pelas mães frente aos comportamentos dos filhos considerados por elas inadequados.

A última questão foi adicionada após o estudo-piloto, a partir do relato informal das mães que enfatizavam a necessidade de práticas punitivas para alguns comportamentos

emitidos pelas crianças durante a sessão de observação, mas que não eram emitidas pelas mesmas em função da filmagem.

Cada uma das questões era composta por duas partes: na primeira buscou-se identificar a frequência de emissão dos comportamentos pelas mães em uma escala com cinco níveis: *0 – nunca, 2 – raramente; 3 – ocasionalmente, 4 – quase sempre, 5 – sempre*. A segunda parte, composta por questões abertas, foi utilizada para obter dados sobre a funcionalidade das habilidades sociais educativas, ou seja, como a mãe comportava-se frente a cada uma das situações descritas, os antecedentes e consequentes, permitindo a avaliação funcional desses comportamentos. As questões abertas envolviam perguntas tais como: Em quais situações? Como você faz? O que acontece depois? Qual a reação do seu filho? A pontuação, na primeira parte do instrumento, pode variar entre 0 e 36, sendo que pontuações mais altas indicariam a presença maior de habilidades sociais educativas.

5. *Questionário para Avaliação do Programa (QAP, Anexo H)*. Elaborado para avaliar a validade social do programa em três níveis de análise. A primeira parte do instrumento (adaptado de Kohr, Parrish, Neef, Driessen & Hallinan, 1988) era composta por sete questões fechadas, com cinco opções de escolha para obter uma avaliação mais geral (molar) da satisfação dos participantes com relação à qualidade do atendimento recebido. Em um nível mais molecular de análise, na segunda parte, procurou-se avaliar a importância atribuída pelos participantes aos diferentes componentes do tratamento (tarefa de casa, exposição teórica, modelação etc.) e, na terceira parte, uma autoavaliação das mães em termos de competência atual nas diferentes habilidades sociais cotidianas e educativas que foram alvos do treinamento. Os itens foram avaliados com base em uma escala Likert de cinco pontos e a pontuação total de cada parte foi obtida por meio da somatória de todos os itens correspondentes à avaliação pretendida (satisfação, importância e preparação). Pontuações mais altas indicavam maior nível de satisfação, importância e competência.

6. *Questionário Critério Brasil*. (Anexo I). Trata-se de um instrumento (IBOPE/ABEP, 2003, <http://www.abep.org>) que avalia o poder aquisitivo por meio de um sistema de pontuação com base na posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos. O Critério Brasil divide a população brasileira em cinco classes de poder aquisitivo (A = maior poder; E = menor

poder). O percentual da população em cada classe, avaliado no ano 2007, distribuiu-se da seguinte maneira: A1 (0,9%), A2 (4,1%), B1 (8,9%), B2 (15,7%), C1 (20,7%) C2 (21,8%), D (25,4%) e E (2,7%), com subdivisão das Classes B e C em B1 e B2 e C1 e C2.

4 Procedimento

Seleção dos participantes

A seleção dos participantes foi realizada a partir de uma listagem de nomes de crianças que atendiam aos critérios de seleção e que recebiam atendimento psicopedagógico em clínica-escola de uma Universidade Pública, localizada em uma cidade de porte médio do norte do Paraná. Foram identificadas 25 crianças que atendiam a todos os critérios de seleção.

Inicialmente, as mães foram convidadas a participar de atendimento pela professora responsável (supervisora) pelo atendimento psicopedagógico das crianças. Esse convite foi reforçado pelas estagiárias que realizavam semanalmente o atendimento psicopedagógico às crianças. Posteriormente, todas as mães foram convidadas pela própria pesquisadora a participar de uma reunião onde seriam esclarecidos os objetivos e os procedimentos da pesquisa e feito o convite para participar do estudo. Nessa reunião compareceram seis mães e apenas uma não aceitou participar da pesquisa, alegando desinteresse pelo tipo de atendimento. Para aquelas mães que aceitaram participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para aquelas mães que não compareceram à reunião foi agendado, por telefone, um encontro individual no qual se procedeu da mesma forma que na reunião em termos de esclarecimentos e assinatura do TCLE. Das 25 mães convidadas, oito não puderam participar da pesquisa por incompatibilidade entre o horário do atendimento e do trabalho e/ou por motivos pessoais.

Para as mães que apresentavam dificuldades financeiras para pagamento da passagem de ônibus e/ou que não tinham com quem deixar a criança e/ou outros filhos durante o horário de atendimento foram oferecidos pela pesquisadora passagens de ônibus e a inscrição das crianças na ludoteca da Universidade. Desta forma, 17 mães aceitaram participar da pesquisa e foram distribuídas por sorteio nos grupos experimental (N=9) e controle (N=8). No decorrer do primeiro mês de atendimento oferecido ao grupo experimental houve desistência de uma das mães devido a problemas de saúde (síndrome

do pânico) e, assim, a pesquisa foi conduzida com o mesmo número de participantes em cada grupo (N=8), totalizando 16 mães.

Também participaram da pesquisa os 16 professores das crianças cujas mães aceitaram participar do programa. Foi agendado com cada professor um encontro individual na escola onde a criança estudava para esclarecer os objetivos da pesquisa e a sua participação nos diferentes momentos da avaliação (pré-, pós-intervenção e seguimento). Para as crianças que cursavam o ensino fundamental de 1ª a 4ª série foi solicitada a participação do professor responsável pela sala de aula e para as crianças de 5ª e 6ª série foi solicitada a participação do professor que lecionava a disciplina de português ou de matemática por se considerar que, devido ao maior número de aulas semanais dessas disciplinas, haveria, supostamente, maior contato entre o professor e a criança a ser avaliada.

Avaliação pré-intervenção

Para a avaliação pré-intervenção com as mães, foram agendados três encontros, sendo dois individuais e um com a criança para a realização da filmagem. As crianças participaram de dois encontros, um com a mãe e um individual e com os professores foi marcado um encontro individual. A Tabela 6 apresenta, de forma resumida, as atividades realizadas em cada um desses encontros com os diferentes participantes.

Tabela 6

Atividades Realizadas com cada Participante na Etapa de Pré-intervenção.

| Participantes | Instrumentos | | | | | Número de encontros | Duração total aproximada |
|---------------|--------------|------|-----|-----------------|----------|---------------------|--------------------------|
| | IHSE | SSRS | IHS | Critério Brasil | Filmagem | | |
| Mães | X | X | X | X | X | 3 | 3 hs |
| Crianças | | X | | | X | 2 | 2 hs |
| Professores | | X | | | | 1 | 40 min. |

O primeiro encontro com as mães foi destinado à realização da entrevista para obter os indicadores de habilidades sociais educativas. No segundo encontro, as mães

responderam os instrumentos padronizados, sempre começando pelo Critério Brasil, seguido do SSRS-BR e finalizando com o IHS-Del-Prette. As mães responderam os instrumentos sempre em presença da pesquisadora que as orientava como proceder e esclarecia as dúvidas referentes às questões ou à forma de assinalar a resposta. Para algumas mães, a pesquisadora teve que ler o SSRS-BR e o IHS-Del-Prette e registrar as respostas. Esse procedimento somente foi adotado após a mãe tentar responder e alegar muita dificuldade para entender as questões ou ainda não enxergar “letras tão pequenas”.

No encontro individual com as crianças, o SSRS-BR era lido na íntegra pela pesquisadora e as respostas assinaladas pelas crianças. Adotou-se esse procedimento devido à recusa enfática das crianças em ler as questões do instrumento, considerado muito extenso pela maioria delas. Essa medida, de certa forma, favoreceu a colaboração da criança na pesquisa e uma padronização dos exemplos dados pela pesquisadora, quando solicitados pela criança.

A sessão de observação das díades mãe-criança teve duração total de 40 minutos. Essa sessão foi subdividida em duas fases: Na Fase 1, mãe e criança eram filmadas durante 10 minutos, em atividade de brincadeira/brinquedo livre. Para essa fase eram disponibilizados brinquedos de encaixe e de montar, sucatas, cola, tesoura, lápis de cor, giz de cera, sulfites e brinquedos padronizados: *Imagem & Ação (Grow)*, *Ludo (QuiBrinq)*, *Pula-Macaco (Estrela)*, *Pula Pirata(Estrela)*, *Ludo(Estrela)*, *Cara a Cara(Estrela)*, *Combate(Estrela)*, *Segure se Puder(Estrela)*, *Tapa certo Shrek Terceiro(Estrela)*.

Antes de iniciar a filmagem, a pesquisadora dava a seguinte instrução para a mãe: “*Aqui na sala há diversos brinquedos, jogos e materiais. Brinque com seu filho da forma como você faz em casa. Caso você não esteja acostumada a brincar com ele, imagine qual seria a melhor forma de fazê-lo e faça*”. A instrução era dada à mãe em uma sala anexa à sala de filmagem, enquanto a criança permanecia na sala de filmagem aguardando a mãe. Após a instrução, a pesquisadora saía da sala de observação e somente retornava depois de transcorridos os dez minutos de filmagem.

Na Fase 2 foram programadas três atividades estruturadas, com duração de dez minutos cada uma. As três atividades propostas, as respectivas instruções e os materiais necessários para a realização das mesmas estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7

Atividades, Instruções e Materiais Utilizados nas Sessões de Filmagem.

| Atividades propostas | Instruções | Materiais |
|---|--|--|
| 1) <i>Aprendendo a trabalhar em grupo</i> (Del Prette & Del Prette, 2005a, p. 246). | “Vocês vão desenhar uma casa juntos (ao mesmo tempo). Vocês podem conversar entre si, mas as regras não podem ser desobedecidas, ou seja, vocês devem trabalhar juntos e desenhar apenas uma casa. Faça do jeito que você quiser para que a regra seja cumprida.” | Folha de sulfite em branco, lápis de cor, canetinha, giz de cera, lápis, borracha. |
| 2) <i>Conversando sobre a cena.</i> | “Aqui há duas figuras diferentes. Vocês vão escolher somente uma das figuras para pintarem juntos. Faça da forma que você achar melhor, mas faça alguma coisa para seu filho aprender sobre interação com as outras pessoas.” | Lápis de cor, canetinha, giz de cera, lápis, borracha e as duas figuras (Anexo J). |
| 3) <i>Toda pessoa é diferente</i> (Del Prette & Del Prette, 2005a, p. 158). | “Esse texto fala sobre várias crianças. Você e seu filho deverão ler em voz alta a história (você ou seu filho) e depois ele deverá escolher uma das personagens para desenhar. Gostaria que você acompanhasse seu filho nessa atividade de desenho. Faça de um jeito que o ajude a completar a tarefa.” | Lápis de cor, canetinha, giz de cera, lápis, borracha e a história: “Ninguém é igual a ninguém”. |

Antes do início de cada atividade estruturada, assim como na Fase 1 da observação, a mãe era instruída pela pesquisadora em uma sala anexa a de filmagem. As instruções eram dadas na ausência da criança que permanecia na sala de filmagem. Após ouvir a instrução, a mãe retornava à sala de filmagem e chamava a criança para realizar a atividade

proposta. A câmera era ligada pela pesquisadora que se retirava imediatamente da sala. Transcorridos os dez minutos, que correspondia ao final do tempo da atividade, a pesquisadora interrompia a atividade, desligava a câmera e solicitava à mãe que a acompanhasse novamente à sala anexa para ser instruída sobre a atividade seguinte.

A coleta de dados com os professores foi precedida por contato telefônico com o(a) supervisor(a) do estabelecimento de ensino no qual a criança estudava para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar o agendamento de um encontro com o professor, preferencialmente, no horário de sua permanência na escola. Nesse encontro eram apresentados os objetivos da pesquisa e as instruções necessárias para o preenchimento do inventário.

Devolutiva dos dados de pré-intervenção às mães e definição das classes e subclasses de habilidades sociais das mães e das crianças alvos da intervenção

Após todos os dados serem coletados e analisados, foi agendado um encontro individual com cada uma das mães do GE para a realização da entrevista de devolução. Como as mães permaneciam na sala de espera durante o atendimento psicopedagógico dos filhos, optou-se por utilizar esse tempo para realização da entrevista. Foi realizado um encontro individual com cada uma das mães, sendo que cada encontro teve duração aproximada de uma hora e obedeceu a sequência:

1) *Retomar os objetivos do programa*: no início da sessão eram retomados os objetivos do atendimento/programa (que já havia sido anteriormente apresentado quando do convite para participação na pesquisa) para enfatizar que as habilidades sociais das mães e dos seus filhos seriam alvos prioritários da intervenção durante todo o programa;

2) *Devolutiva dos dados*: com base na análise dos dados individuais, eram apresentados os recursos e as dificuldades em habilidades sociais da mãe e do seu filho. Também era feito um resumo do desempenho do grupo mães e crianças que participariam do programa. Especificamente para essa devolutiva, adotou-se a postura de iniciar falando sobre recursos das mães e crianças e, posteriormente, suas dificuldades que evidenciavam a necessidade de atendimento.

3) *Justificativa da escolha dos comportamentos-alvos*: a escolha para apresentação dos comportamentos-alvos de mães e crianças foi feita a partir da análise estatística que apontou as classes de habilidades sociais mais comprometidas para esse grupo de mães e crianças. No momento de justificar a escolha dos comportamentos-alvos das crianças era esclarecido que, apesar das dificuldades apresentadas pelas crianças nas diversas classes avaliadas (nesse momento era apresentada uma listagem de comportamentos), nos encontros do grupo apenas seriam enfatizados os comportamentos de *Cooperação, Civilidade e Asserção Positiva* que haviam sido avaliados por elas como os mais comprometidos e também mais importantes para a sua criança.

No decorrer dessa apresentação, duas mães questionaram sobre a possibilidade de incluir comportamentos que, segundo as palavras delas, poderiam ser classificados como de *Autocontrole*. A partir dessa observação, a pesquisadora passou a questionar abertamente o interesse das outras mães em substituir a classe de *Asserção Positiva* pela de *Autocontrole*. Essa questão foi retomada na primeira sessão de grupo que confirmou o interesse das mães nessa substituição.

4) *Justificativa das estratégias e procedimentos*: Ao final do encontro, era apresentada uma breve justificativa das estratégias e procedimentos (treinamento das habilidades escolhidas, sessões individuais e tarefas de casa) que seriam adotados no decorrer do programa, enfatizando os benefícios de praticar a habilidade na sessão, fora dela e, principalmente, com o filho nas tarefas de casa.

Planejamento da intervenção

O processo de planejamento do programa envolveu um conjunto de decisões e etapas. No presente estudo, a intervenção foi distribuída em três fases: 1) Sensibilização; 2) Treino de Habilidades Sociais e 3) Treino de Habilidades Sociais Educativas, conforme sugerido por Freitas (2005).

Abaixo estão descritos os critérios para a escolha dos comportamentos-alvos em cada uma dessas fases bem como aqueles adotados para o estabelecimento da sequência do programa nas Fases 2 e 3 e para o agrupamento, em classes mais amplas, dos comportamentos das mães e das crianças que foram alvos de treinamento.

1. Critérios adotados para a escolha dos comportamentos-alvos em cada uma das fases

Fase de Sensibilização

Os temas referentes ao esclarecimento e informações sobre os determinantes do comportamento infantil e do TDAH foram selecionados a partir dos dados coletados, tanto durante o estudo-piloto ocorrido anteriormente à intervenção, como nos diferentes momentos da coleta de dados, já na intervenção propriamente dita. Mais especificamente, durante o encontro grupal e individual realizado para convidar as mães a participarem da pesquisa, algumas falas revelaram o desconhecimento ou atribuições errôneas das causas do comportamento infantil e TDAH. Além disso, considerou a proposta de Barkley (2002) a qual enfatiza a necessidade de introduzir essas informações como parte do Programa de Treinamento para Pais de crianças com TDAH.

Fase de Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas.

A partir dos dados do IHS-Del-Prette, foram selecionados aqueles comportamentos que se mostraram menos frequentes na avaliação pré-intervenção. A análise dos resultados das condições iniciais do repertório de habilidades sociais cotidianas permitiu identificar maior prevalência de escores situados na faixa indicativa de necessidade de treinamento para os fatores F4 (*Autoexposição a desconhecidos e a situações novas*) e F5 (*Autocontrole da agressividade*), seguidos pelos fatores F3 (*Conversação e desenvoltura social*), F2 (*Autoafirmação na expressão de sentimento positivo*) e F1 (*Enfrentamento com risco*). Dada a falta de tempo para treinar todas as habilidades optou-se em treinar os comportamentos descritos nos fatores F4 e F5. O Fator F3 também foi alvo de treinamento para aquelas mães com mais dificuldade nesse fator.

Fase do Treinamento de Habilidades Sociais Educativas

- Habilidades Sociais Educativas das Mães

Considerando o elevado número de comportamentos em cada subclasse, optou-se por enfatizar prioritariamente aqueles comportamentos citados, pela literatura de habilidades sociais educativas, como essenciais à educação dos filhos (Freitas, 2005; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006; Silva *et al.*, 2000) bem como, dentre esses, aqueles comportamentos identificados na pré-intervenção como menos frequentes para esse grupo de mães.

A avaliação pré-intervenção, com base nos dados de autorrelato (IHSE-autorrelato), apontou que as menores pontuações referiam-se aos comportamentos que indicam as habilidades das mães em envolver as crianças em interações sociais, como iniciar uma conversação e trazer amigos para brincar com os filhos em casa (classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*); de estabelecer/negociar regras (classe *Estabelecer Limites e Disciplina*); de falar sobre os comportamentos adequados e obter informações sobre o desempenho positivo do filho na escola (classe *Monitorar Positivamente*).

A partir das filmagens, os dados revelaram frequência mais baixa na classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo* (ECPE), seguido pela classe *Estabelecer Limites e Disciplina* (ELD) e *Monitorar Positivamente* (MP) e taxas mais altas nos comportamentos da classe *Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais* (TECHS). Os comportamentos selecionados e as estratégias utilizadas no decorrer dessa fase do programa serão apresentados na seção que descreve a intervenção propriamente dita.

- Habilidades Sociais das Crianças

Para as crianças foram adotados dois critérios combinados para seleção dos comportamentos: a) subclasses avaliadas pelas mães como menos frequentes e, b) subclasses, dentre as menos frequentes, consideradas pelas mães como mais importantes para suas crianças.

Inicialmente, a avaliação pré-intervenção apontou valores indicativos de repertório deficitário nos comportamentos de Cooperação (F1), Asserção Positiva (F2), Civildade

(F5) e Autocontrole (F6). Avaliação sobre a importância indicou como mais importantes os comportamentos de *Cooperação* (F1), *Asserção Positiva* (F2), *Asserção de Enfrentamento* (F4) e *Autocontrole* (F6). Considerando a combinação de critérios, os comportamentos de *Cooperação*, *Asserção Positiva* e *Civilidade* deveriam ser alvos da intervenção. No entanto, além dos dados estatísticos, a entrevista de devolução possibilitou validar socialmente quais habilidades sociais seriam priorizadas no treino das mães. Considerando a importância da validade social na montagem do programa de intervenção (Gresham & Elliott, 1990) foi aceita a proposta das mães de substituir F2 pelo F6. Os valores atribuídos pelas mães, referentes à importância das habilidades sociais e à competência social das crianças, estão descritos na seção de resultados.

2. Critérios adotados para o estabelecimento da sequência do programa e para o agrupamento das classes de habilidades sociais das mães e crianças

Fase do Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas

Nessa fase, a sequência do programa foi organizada de modo a iniciar pelas classes consideradas mais simples e finalizar com as mais complexas, seguindo a sugestão de Del Prette e Del Prette (2001b). Seguindo esses critérios, os comportamentos avaliados pelo IHS-Del-Prette foram agrupados em classes de *Habilidades de Comunicação*, *Habilidades de Civilidade* e *Habilidades Assertivas* e foram treinadas nessa mesma sequência.

Fase de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas

No caso do treinamento das habilidades sociais educativas, dentro de um modelo triádico como do presente estudo (Del Prette & Del Prette, no prelo-a), é necessário estabelecer tanto a sequência de habilidades sociais que as mães deveriam ensinar às crianças como a sequência de habilidades sociais educativas que deveriam ser ensinadas às mães.

De forma geral, para a escolha das classes e das subclasses com as quais iniciar um programa de Treinamento de Habilidades Sociais, considera-se que esta deve ser respaldada por critérios como privilegiar aquelas consideradas de menor complexidade

e/ou as classes de habilidades sociais com maior valor funcional para aquele grupo, quando a sua relevância não está relacionada à sua complexidade (Del Prette & Del Prette, 2001b).

Adotando-se esses critérios escolheu-se, no caso das habilidades sociais a serem ensinadas às crianças, iniciar com a classe *Civilidade* por considerá-la menos complexa tanto para ser ensinada pelas mães como para ser executada pelas crianças. Os comportamentos escolhidos como alvos da intervenção foram agrupados em classes mais amplas, conforme descritas na literatura da área (Del Prette & Del Prette, 2005a).

No caso das habilidades sociais educativas das mães, escolheu-se iniciar o treinamento pela classe denominada *Monitoria Positiva* pelo fato das mães apresentarem, em todas as fases da avaliação, proporcionalmente menor frequência/proficiência, ou mesmo déficit de desempenho e de fluência nos comportamentos componentes dessa subclasse. Também foi considerado que um repertório mais elaborado em *Monitoria Positiva* era imprescindível para colocar o comportamento das mães sob controle dos comportamentos adequados das crianças, favorecendo a discriminação e manutenção desses comportamentos e diminuindo verbalizações que claramente apontavam que as mães estavam “desistindo” (*sic*) dos seus filhos.

Além disso, com base nos resultados provenientes dos relatos das mães do estudo-piloto, realizado com uma amostra equivalente, identificou-se que a manutenção dos ganhos das crianças que ocorriam com o treinamento das outras classes de habilidades sociais educativas dependia de um repertório mais elaborado nessa habilidade. Assim, o critério primordial para escolha levou em consideração o valor funcional para o grupo.

Ainda com base na experiência do estudo-piloto, foi verificado que oferecer no início da sessão em grupo uma explanação diferenciando os comportamentos das subclasses, por exemplo, elogiar, dar *feedback* e incentivar e realizar o treinamento delas em uma única sessão ou sessões consecutivas possibilitava às mães a discriminação de aspectos muitas vezes sutis entre as subclasses.

Carga horária do Programa

A Tabela 8 apresenta a distribuição da carga horária nas diferentes fases do Programa.

Tabela 8

Distribuição da Carga Horária nos Diferentes Momentos da Pesquisa.

| Fases | Número de Sessões | Carga horária por mãe |
|---|--|-----------------------|
| (1) Fase Pré-intervenção | | |
| Aplicação dos instrumentos de avaliação | 3 sessões (uma sessão de 40 minutos e duas de 60 minutos cada) | 2:40 horas |
| Entrevista de Devolução | 1 sessão (60 minutos) | 1:00 hora |
| (2) Condução do Programa | | |
| Fase 1 - Sensibilização | 5 sessões em grupo (90 minutos cada) | 7:30 horas |
| Fase 2 - Habilidades Sociais Cotidianas | 8 sessões em grupo (90 minutos cada) | 12:00 horas |
| Sessões adicionais | 3 sessões em grupo (2 horas cada) | 6:00 horas |
| Fase 3 - Habilidades Sociais Educativas | 15 sessões em grupo (2 horas cada) | 30:00 horas |
| (3) atendimentos individuais | | |
| | 12 sessões (60 minutos cada) | 1:00 hora |
| (4) Fase Pós-intervenção | 3 sessões (uma sessão de 40 minutos e duas de 60 minutos cada) | 2:40 horas |
| (5) Fase Seguimento | 3 sessões (uma sessão de 40 minutos e duas de 60 minutos cada) | 2:40 horas |
| Carga horária total do programa (atividades comuns às mães) | | 65:30 horas |

Com relação aos atendimentos individuais, esses foram realizados no decorrer das Fases 2 (Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas) e 3 (Treinamento de Habilidades Sociais Educativas). Na Fase 2 foram feitos dois atendimentos individuais com uma

mesma mãe (M1), que não realizava as tarefas de casa alegando dificuldades de execução e/ou de entendimento.

Durante a Fase 3 foram realizados, no total, 10 (dez) atendimentos individuais. A necessidade desse tipo de atendimento foi detectada no decorrer das sessões em grupo ou por solicitação das participantes, portanto, os objetivos aqui apresentados foram listados *a posteriori*. De maneira geral, os atendimentos individuais tiveram por objetivo esclarecer e aprimorar as habilidades recomendadas na tarefa de casa e/ou proceder a modelagem de habilidades específicas. Afora esses dez atendimentos, dois pais, por sugestão das esposas participantes do grupo, solicitaram sessões adicionais com a pesquisadora: um para discutir sobre o tema “Regras e Limites” e outro para avaliar a necessidade e a dosagem da medicação recomendada ao filho pelo médico neurologista.

Dentre os dez atendimentos individuais, seis deles foram destinados ao esclarecimento ou aprimoramento da habilidade que era requerida pela tarefa de casa. Por sugestão da pesquisadora/terapeuta, participaram dos atendimentos com essa finalidade as mães M1, M2, M4, M5, M6 e M7. Nessas sessões foram utilizadas como estratégias instruções específicas sobre a habilidade esperada nessa tarefa e o treinamento da mesma a partir de situações específicas, relatadas pela mãe, do seu contexto familiar.

Nos outros quatro atendimentos, com o objetivo de aprimorar a habilidade discutida e treinada no atendimento em grupo, foram atendidas individualmente as mães M3, M4, M5 e M8. Nessas sessões era realizado o esclarecimento da habilidade (com o mesmo material escrito de apoio utilizado no atendimento em grupo) e, posteriormente o treinamento da mesma. Esses atendimentos foram realizados em decorrência das faltas dessas mães no atendimento em grupo.

Com relação ao número de faltas permitido durante todo o programa, foi seguido o protocolo da clínica-escola, que estabelecia o desligamento do programa caso houvesse 3 (três) faltas (consecutivas ou não) sem justificativa. Durante todo o programa somou-se 15 faltas, todas justificadas do seguinte modo: M1 (1 falta) – consulta médica; M2 (1 falta) – trabalho; M3 (2 faltas) – cadastro no programa Bolsa-família e consulta médica; M4 (2 faltas) – estudo; M5 (4 faltas) – problema de saúde (diabetes) e por não ter substituto para o trabalho; M6 (3 faltas) – trabalho extra; M8 (2 faltas) – estudo e acompanhamento ao filho a campeonato de taekwondo. Para aquelas mães que não apresentavam falta no decorrer do mês, era realizado o sorteio mensal de um brinde (produtos da marca Natura:

caixa de sabonete, creme de mão ou pés, antitranspirante, etc.) com o objetivo de valorizar a participação e assiduidade no programa.

Condução do Programa

Fase 1- Sensibilização

Essa fase teve como principais objetivos fortalecer o sentimento de grupo (coesão), esclarecer sobre o tema central do programa (Habilidades Sociais Educativas) e sua importância para a interação com os filhos e para o desenvolvimento sócioemocional dos mesmos, esclarecer sobre os determinantes do comportamento infantil e apresentar informações sobre o TDAH em suas múltiplas dimensões (tipo, etiologia e prognóstico).

A Tabela 9 apresenta a programação proposta nessa fase do programa.

Tabela 9

Detalhamento da Fase 1 do Programa de Habilidades Sociais Educativas para Mães de Crianças com TDAH.

| Temas | Objetivos | Estratégias | Recursos Materiais | Tarefa de casa |
|--|---|--|--|--|
| Apresentação e aprendendo a trabalhar em grupo | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as pessoas no grupo; • Reconhecer a importância da participação de todos no trabalho em grupo. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>O meu nome é...</i> (Del Prete & Del Prette, 2001b); • <i>Técnica da bexiga</i> | <ul style="list-style-type: none"> • 8 bexigas de cores diferentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer cócegas no filho. |
| O que são as Habilidades Sociais Educativas? | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a importância das HSE na interação com os filhos; • Identificar as HSE apresentadas no dia-a-dia com os filhos. | <ul style="list-style-type: none"> • Exposição sobre HSE; • Discussão | <ul style="list-style-type: none"> • Texto sobre HSE (Anexo K); • Slides baseados no texto. | <ul style="list-style-type: none"> • Expressar carinho ao filho (comida especial, um reconhecimento por alguma realização). |
| TDAH: conceito, descrição dos tipos (DSM-IV), etiologia e consequências para a criança em diversos contextos | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os tipos e as causas do TDAH; • Refletir sobre as consequências do TDAH nas interações sociais (família, escola, amigos) do filho. | <ul style="list-style-type: none"> • “<i>Perguntas sem resposta</i>” (Del Prete & Del Prette, 2001); • Exposição sobre os tipos e causas do TDAH; • Projeção de filme sobre o TDAH. | <ul style="list-style-type: none"> • Slides; • Filmes em DVD: Entrevista e exposição do Dr. Paulo Mattos (Presidente ABDA). | <ul style="list-style-type: none"> • Falar sobre o TDAH para alguma pessoa de convívio próximo (avaliar dificuldades). |
| Causas do comportamento (Princípios de Aprendizagem) | <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar causas ambientais e genéticas; • Identificar princípios de aprendizagem (aquisição e manutenção do comportamento infantil). | <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de fichas (características ambientais e genéticas); • Exposição (princípios de aprendizagem). | <ul style="list-style-type: none"> • Texto sobre princípios de aprendizagem (baseado em Guhl & Fontenele, 1997; Oliveira, Neves, Silva e Robert, 2002). | <ul style="list-style-type: none"> • Observar e anotar três comportamentos adequados apresentados pelo filho. |
| Causas do comportamento (Princípios de Aprendizagem) | <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar princípios de aprendizagem e comportamento dos filhos. | <ul style="list-style-type: none"> • Projeção de filme e discussão dos princípios de aprendizagem (filme e em casa). | <ul style="list-style-type: none"> • Filme comercial: “Bob Esponja e a calça rasgada.” | <ul style="list-style-type: none"> • Registro ABC de um comportamento adequado. |

Fase 2 - Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas

Essa fase teve por objetivo promover as habilidades sociais, avaliadas por meio do IHS-Del-Prette, consideradas essenciais para a interação social das mães tanto no âmbito familiar como extra-familiar.

As classes de habilidades sociais, como descrito anteriormente, são formas agrupadas em classes mais amplas (Comunicação, Civilidade, Assertivas) de modo a privilegiar todas as mães na ampliação ou desenvolvimento dos comportamentos de *Autoexposição a desconhecidos e a situações novas* (F4) e de *Autocontrole da agressividade* (F5). O comportamento de *Conversação e Desenvoltura Social* (F3) também foi alvo de treinamento no grupo para aquelas mães que relataram apresentar dificuldades para a emissão desse comportamento.

Reconhecendo a variabilidade e a complexidade das relações interpessoais que levam à sobreposição de comportamentos nas classes avaliadas e que as estratégias adotadas no Treinamento de Habilidades Sociais (THS) podem contemplar comportamentos de diferentes classes e/ou fatores, a seleção das estratégias de intervenção permitiu, em alguns casos, treinar comportamentos dos fatores F1 (*Habilidades de Enfrentamento com Risco*) e F2 (*Habilidades de Autoafirmação e Expressão de Afeto Positivo*) que também foram direcionadas àquelas mães que apresentaram maiores dificuldades nesses fatores.

A Tabela 10 apresenta, de forma resumida, as classes e subclasses de habilidades sociais cotidianas estabelecidas como objetivos do programa, as vivências utilizadas e as tarefas de casa a elas associadas.

Tabela 10

Classes de Habilidades Sociais Cotidianas Alvos do Programa, Vivências e Tarefas de Casa a elas Associadas.

| Classes treinadas | Subclasses | Vivências | Tarefas de casa |
|----------------------------|--|---|--|
| Habilidades de Comunicação | Elogiar; Agradecer elogios. | “História coletiva oral” (Del Prette & Del Prette, 2001b); “Apresentando a qualidade do outro” (Serrão & Baleeiro, 1999). | Elogiar o desempenho de alguém (não do grupo). |
| | Fazer e responder perguntas. | “Você está escutando” (Serrão & Baleeiro, 1999). | “Pergunta sem resposta” (Del Prette & Del Prette, 2001b). |
| Habilidades de Civilidade | Apresentar-se; Cumprimentar desconhecidos. | “Apresentando-se ao grupo” (Serrão & Baleeiro, 1999); “Complemento indispensável” (Del Prette & Del Prette, 2001b). | Cumprimentar um desconhecido, se possível iniciar e manter conversação. |
| Habilidades Assertivas | Fazer, recusar e aceitar pedidos. | “Peça o que quiser” (Del Prette & Del Prette, 2001b). | Pedir um favor a alguém |
| | Interagir com autoridades. | “Fazendo pedido ao prefeito” (Del Prette & Del Prette, 2005a). | Fazer pedido dos medicamentos para TDAH ao promotor da cidade onde a pesquisa foi realizada. |
| | Lidar com críticas e chacotas. | “Misto quente” (Del Prette & Del Prette, 2001b) | Fazer uma crítica modelo misto quente. |

Em todas as sessões, a aplicação da(s) vivência(s) era precedida por uma exposição oral sobre o assunto a ser discutido. A vivência, enquanto contexto estruturado, estabelece condições para o uso de técnicas específicas da Terapia Comportamental, como sugerido

por Del Prette e Del Prette (1999), tais como: ensaio comportamental; modelação; modelagem; exercícios de análise funcional (relações entre as demandas do ambiente, os desempenhos sociais e suas consequências), instrução verbal para o desempenho. Os objetivos do programa incluíram ainda o aperfeiçoamento de desempenhos não-verbais (contato visual, postura, proximidade, gesticulação) e paralinguísticos (volume, entonação, velocidade e pausas na fala) pertencentes às diferentes classes de habilidades sociais que estavam sendo focalizadas. Além das sessões apresentadas na Tabela 10, foram realizadas duas sessões excedentes para a classe de assertividade, que ficaram restritas à discussão da habilidade, sem treinamento da mesma.

Ao término dessa fase, por solicitação das mães, foram incluídas duas sessões referentes à tarefa escolar que não haviam sido programadas previamente e a antecipação de uma sessão que abordou reações adequadas à provocação de colegas. Essas três sessões foram realizadas concomitantemente às sessões de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas, porém em horários alternativos. Nas duas sessões referentes à tarefa escolar (descritas abaixo), foram focalizadas estratégias que as mães poderiam utilizar para aumentar a frequência dos comportamentos dos filhos de copiar a tarefa de casa determinada pelo professor em sala de aula e, posteriormente, fazer a tarefa em casa.

(a) *Sessão adicional de tarefa de casa I* - Nessa primeira sessão, foi discutida a diferença entre reforçadores arbitrários e naturais e as consequências, a curto e longo prazo, da sua utilização. Ainda foi realizada, na sessão, a confecção de um cartaz intitulado: “Copiar tarefa de casa vale pontos. Pontos valem prêmio”, para anotar a frequência (pontos) apresentada pela criança em copiar, na escola, as tarefas de casa. Esses pontos eram depois trocados por prêmios (carrinhos, jogos para computador, *playstation* ou vídeo *games*, bolinhas de gude, etc.), que eram escolhidos pela mãe e pela criança.

(b) *Sessão adicional de tarefa de casa II* - Na segunda sessão, a partir de um texto elaborado com base em Barreto (2006), Goldstein e Goldstein (1994) e Hübner e Marinotti (2002), foram apresentadas algumas estratégias para a mãe auxiliar os filhos na organização do material escolar e na realização das tarefas escolares. Essas estratégias envolviam a estruturação do ambiente físico da casa, confecção de um calendário com horário das disciplinas e materiais necessários para cada uma delas e orientações às mães sobre como se comportar no acompanhamento e correção da tarefa.

A sessão que abordou reações adequadas à provocação de colegas antecipou, parcialmente, um dos tópicos relacionados à classe de civilidade e autocontrole (reação à

provocação) que seria alvo de intervenção durante o programa. A antecipação ocorreu devido às constantes queixas das mães sobre a falta de autocontrole das crianças frente a situações de provocações e, principalmente, devido ao relato de duas mães que descreveram situações nas quais os filhos utilizaram objetos cortantes (bisturi e faca) em reação à provocação de colegas. Assim, essa terceira sessão adicional foi programada para orientar as mães sobre estratégias que os filhos poderiam utilizar em reação a situações (bastante comuns) de provocações por colegas, o que era quase inevitável na vida social dessas crianças.

Os tópicos abordados nessa terceira sessão foram baseados na obra de Freedman (2004), que apresenta inúmeras estratégias e os passos necessários para os pais ensinarem os filhos a usar cada uma das estratégias de enfrentamento às provocações. Dentre as estratégias, destacam-se as de: *Ignorar*; *A mensagem na primeira pessoa*, *Virando a provocação ao contrário: reformando e aceitando a provocação como positiva*; *Concordando com o autor da provocação*; *“E daí”*; *Elogiando o autor da provocação e Humor*. Todas essas estratégias podem contribuir na mudança das reações e dos sentimentos de impotência da criança provocada diante do provocador. Para a autora, essas estratégias não têm objetivo de mudar o comportamento do provocador, mas são estratégias que, no mínimo, obrigam o provocador a procurar outra vítima, visto que não sendo reforçado pela resposta emocional da vítima, a tendência é abandoná-la e buscar outra vítima com menos autocontrole.

Fase 3 - Treinamento de Habilidades Sociais Educativas

O Treinamento de Habilidades Sociais Educativas teve por objetivo desenvolver habilidades das mães que podem favorecer ou promover a aprendizagem e/ou desenvolvimento de comportamentos sociais de seus filhos. Como os comportamentos infantis a serem desenvolvidos ou ensinados pelas mães aos filhos dependem dos objetivos do programa, nesse estudo os comportamentos-alvos foram quase que exclusivamente comportamentos sociais.

A comparação entre a importância atribuída aos comportamentos descritos nos fatores e os respectivos déficits em cada um dos fatores foi utilizada inicialmente para determinar a escolha dos conjuntos de comportamentos-alvos da intervenção. Assim, a escolha dos comportamentos de *Cooperação* (F1), *Civilidade* (F5) e *Autocontrole* (F6) foi

determinada junto às mães por considerar que a importância atribuída a um conjunto de comportamentos pode influenciar a aquisição e manutenção desses comportamentos, conforme descrito na seção de planejamento da intervenção. Os comportamentos infantis selecionados para intervenção estão descritos na Tabela 11.

Tabela 11

Classes, Subclasses e Comportamentos-alvos a Serem Ensinados às Crianças.

| Classes | Subclasses | Comportamentos-alvos |
|--------------|--|--|
| Cooperação | Elogiar (familiares e outras crianças) | <ul style="list-style-type: none"> • Verbalizar expressões como: Parabéns! Muito Bem! Gostei disso que você fez! Legal... |
| | Arrumar o quarto | <ul style="list-style-type: none"> • Esticar ou dobrar roupas de cama; guardar objetos (material, brinquedos e roupas do vestuário ou de cama) nos lugares destinados. |
| | Guardar objetos | <ul style="list-style-type: none"> • Guardar pertences/brinquedos nos lugares destinados. |
| | Tentar fazer tarefa antes de pedir ajuda | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar uma tarefa doméstica (guardar objetos, limpar, organizar a casa) ou escolar sem pedir ajuda. |
| | Cooperar com os membros da família | <ul style="list-style-type: none"> • Atender a solicitação de pedido de ajuda; • Oferecer ajuda às pessoas da família em atividades que já sabe realizar. |
| Civildade | Cumprimentar | <ul style="list-style-type: none"> • Dizer “Oi”, “tudo bem” ou “bom dia”, “boa tarde ou “boa noite”; • Manter contato visual ao expressar essas locuções. |
| | Responder adequadamente as gozações e provocações dos amigos | <ul style="list-style-type: none"> • Responder verbalmente as gozações dos colegas utilizando estratégias para evitar e eliminar provocações. |
| | Aguardar a vez para falar | <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer calado até o outro terminar de falar; • Solicitar (com licença, posso falar) a oportunidade para falar. |
| | Falar em tom de voz apropriado | <ul style="list-style-type: none"> • Discriminar situações que utilizam tons de voz diferenciados; • Falar em tom de voz mais alto ou baixo, dependendo da ocasião. |
| | Usar locuções de civildade | <ul style="list-style-type: none"> • Verbalizar: “desculpe”; “por favor”; “obrigado”, “de nada”, “com licença.” |
| Autocontrole | Aceitar críticas | <ul style="list-style-type: none"> • Verbalização (em tom apropriado) que demonstra ter aceito a crítica que lhe foi dirigida – “acho que você tem razão”, “vou tentar melhorar”; “realmente não fiz a tarefa toda”; “eu sei que isso não foi legal” |
| | Controlar irritação | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar eventos externos que causam os sentimentos; • Esperar alguns segundos antes de responder uma provocação ou chamada de atenção; • Expressar verbalmente seus sentimentos. |
| | Finalizar uma discussão calmamente | <ul style="list-style-type: none"> • Expressar verbalmente os sentimentos; • Buscar soluções satisfatórias para ambos (acordo sobre a situação discutida): “então hoje eu não vou ao <i>Cyber</i> por causa da prova, mas amanhã que não tem prova. “então vou fazer a tarefa pela manhã”. |

No caso das habilidades sociais educativas a serem ensinadas às mães, a apresentação dos principais aspectos do planejamento para essa fase do programa foi distribuída em quatro Tabelas (12a, 12b, 12c e 12d). Cada tabela corresponde a uma das classes das habilidades sociais educativas com a respectiva descrição do planejamento: Tabela 12a (*Monitoria Positiva*), Tabela 12b (*Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*), Tabela 12c (*Estabelecer Limites e Disciplina*) e Tabela 12d (*Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*).

Tabela 12a

Plano Geral do Programa para a Classe Monitoria Positiva.

| Subclasses | Comportamentos-alvos | Recursos | Tarefas de casa |
|--|---|---|---|
| Feedback positivo, Elogio e Incentivo | <ul style="list-style-type: none"> Diferenciar <i>feedback</i>, elogio e incentivo; Utilizar diferentes formas de elogio (verbais e não-verbais); Descrever (com detalhes) comportamento adequado da criança.; Ensinar o filho a elogiar um familiar. | <ul style="list-style-type: none"> <i>Slides</i>; Texto: 30 formas de elogios (Forehand & Long, 2003); Folha para registro dos comportamentos de elogiar emitido pelo filho; Folha de registro do comportamento de dar feedback da mãe. | <ul style="list-style-type: none"> Praticando <i>feedback</i> positivo (adaptado de Faber & Mazlish, 2003, p.209); Comportamentos-alvos do filho: Elogio a qualquer pessoa; Observando e anotando os elogios feitos por seu filho; Leitura do texto sobre comportamentos de civilidade. |
| Manifestar Atenção ao relato e Obter informações | <ul style="list-style-type: none"> Dar atenção (descrever) ao comportamento adequado (civilidade) da criança; Diminuir comportamentos de dar ordens e fazer perguntas com a função de cobrança; Solicitar informações sobre atividades e comportamentos sociais passados ou previstos. | <ul style="list-style-type: none"> <i>Slides</i>; Folha de registro com o passo-a-passo para realização da tarefa. | <ul style="list-style-type: none"> Preste atenção nos comportamentos adequados do seu filho: “Faça um recreio especial” (Pinheiro, 2006); Comportamentos-alvos filho: civilidade. |
| Demonstrar empatia | <ul style="list-style-type: none"> Identificar sentimentos presentes na interação com os filhos; Identificar possíveis sentimentos das crianças em situações narradas naturalmente ou obtidas pelas mães. | <ul style="list-style-type: none"> <i>Slides</i>; Folhas com relatos de situações para treino; Folha com instrução para a tarefa. | <ul style="list-style-type: none"> Expressar empatia ao filho (situação interação social). |
| Expressar discordância/reprovação e Expressar concordância | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a entonação de voz ao concordar e discordar do relato ou comportamento emitido pelo filho; Expressar concordância e discordância enfatizando as consequências do comportamento. | <ul style="list-style-type: none"> Folha para listagem dos comportamentos que as mães concordam e discordam; Folha para registro ABC. | <ul style="list-style-type: none"> Leitura do texto sobre Cooperação (Faber & Mazlish, 2003); Repetição da tarefa anterior; Comportamento-alvo do filho: civilidade e cooperação (elogiar e cooperar com família). |
| Promover autoavaliação | <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância da autoavaliação; Fazer perguntas que aumentam a probabilidade de autoavaliação da criança e diminua comportamentos de esquiva/fuga. | <ul style="list-style-type: none"> Exposição oral; Folha para registro das perguntas. | <ul style="list-style-type: none"> Juntando as habilidades de empatia e promover autoavaliação; Comportamento-alvo do filho: guardar objetos e arrumar o quarto. |

Tabela 12b

Plano Geral do Programa para a Classe Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo.

| Subclasses | Comportamentos-alvos | Recursos | Tarefas de casa |
|--|--|---|---|
| Arranjar ambiente físico/ Alterar distância/ proximidade | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as alterações necessárias da disposição dos móveis ou outras alterações do ambiente (da casa) para melhorar a qualidade da interação. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Slides.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar mudanças necessárias no ambiente para promover interações; • Praticando e dando exemplo ao seu filho de como utilizar tom de voz apropriada (civildade). |
| Organizar materiais | <ul style="list-style-type: none"> • Enumerar materiais diversos que podem ser explorados como recursos para ensinar os filhos; • Sugerir formas para utilização desses materiais. | <ul style="list-style-type: none"> • Cartaz em branco para registro de materiais e formas alternativas de uso desses materiais; • Folha com passos para a tarefa. | <ul style="list-style-type: none"> • Convidar um amigo do filho para vir a sua casa; • Utilizar um dos materiais discutidos na sessão para usar com o filho e o amigo; • Solicitar cooperação do filho para guardar os brinquedos; • Elogiar qualquer tentativa de cooperação e civildade do filho. |
| Mediar interações | <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar exemplos de comportamento que chamam a atenção para a reação desejável de outras pessoas daqueles que comparam o filho com outrem (geralmente desvalorizando o filho); • Aprimorar comportamento das mães ao indicar o comportamento a ser emitido pelo filho em relação ao interlocutor. | <ul style="list-style-type: none"> • Cartaz em branco para registro dos exemplos; • Folha para registro da tarefa. | <ul style="list-style-type: none"> • Juntando habilidades: dar modelo, elogiar e chamar atenção para antecedente da reação desejada (quando o interlocutor expressar comportamentos de civildade e/ou de cooperar). |

Tabela 12c

Plano geral do Programa para a Classe Estabelecer Limites e Disciplina.

| Subclasses | Comportamentos-alvos | Recursos | Tarefas de casa |
|--|--|---|---|
| Descrever/justificar comportamentos desejáveis | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar em uma sequência de comportamentos aqueles considerados desejáveis (todo ou parte); • Descrever ao filho comportamento esperado e as contingências associadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Cartaz em branco para descrição da sequência de comportamento; • Cartaz em branco para descrição do comportamento e contingências. | <ul style="list-style-type: none"> • Descrever/justificar comportamentos desejáveis. • Comportamento-alvo do filho: civilidade e/ou cooperação |
| Descrever/justificar comportamentos indesejáveis | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar em uma sequência de comportamentos aqueles considerados indesejáveis (todo ou em parte); • Descrever ao educando o comportamento reprovável e as contingências associadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Cartaz em branco para descrição da sequência de comportamento; • Cartaz em branco para descrição do comportamento e contingências. | <ul style="list-style-type: none"> • Descrever/justificar comportamentos desejáveis. • Comportamento-alvo do filho: civilidade e/ou cooperação. |
| Negociar regras e Chamar atenção para normas pré-estabelecidas | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as regras que podem ou não serem negociadas; • Identificar ocasiões e pessoas do ambiente familiar que devem discutir as regras; • Aprimorar habilidades de elaborar regras claras e coerentes; • Monitorar o seguimento de regras. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Slides</i>, • Folha para registro da tarefa. | <ul style="list-style-type: none"> • Dando ordens eficientes. • Comportamento-alvo do filho: civilidade e/ou cooperação. |
| Pedir mudança de comportamento | <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar: solicitação para parar ou diminuir o comportamento indesejável e descrição do comportamento esperado; • Especificar o comportamento a ser emitido. | <ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral; • Situações estruturadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Especificar o comportamento a ser emitido. • Comportamentos-alvos dos filhos: irritação, braveza ou raiva. |

Tabela 12d

Plano Geral do Programa para a Classe Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais.

| Subclasses | Comportamentos-alvos | Recursos | Tarefas de casa |
|---|--|--|---|
| Apresentar Instruções/dicas | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a diferença entre instruções e dicas; • Descrever passo a passo a execução de uma tarefa (instrução); • Fornecer pistas sobre a solução de uma questão do filho e/ou uma alternativa de comportamento mais adequado. | <ul style="list-style-type: none"> • Folhas de sulfite em branco; • Folha de registro. | <ul style="list-style-type: none"> • Repetir tarefa anterior. |
| Parafrasear/ Resumir comportamentos emitidos | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a diferença entre parafrasear e resumir comportamentos; • Reproduzir uma parte da verbalização do interlocutor (filho); • Identificar os principais aspectos (comportamento e do contexto) a serem resumidos. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Slides</i>; • Situação estruturada. | <ul style="list-style-type: none"> • Em uma situação em que seu filho estiver irritado/bravo etc. tente parafrasear e chegar a um acordo sobre o assunto discutido (negociar). |
| Apresentar modelo | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância do modelo na interação com o filho; • Identificar possíveis modelos para o filho; • Descrever os comportamentos emitidos pelos modelos. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Slides</i>; • Folha de papel sulfite. | |

Nessa fase algumas subclasses não selecionadas para intervenção foram contempladas por meio de instrução verbal quando havia oportunidade para tal no decorrer da sessão. Do mesmo modo, as habilidades que já haviam sido treinadas foram retomadas em alguns momentos da intervenção. O Anexo L apresenta as habilidades enfatizadas no decorrer de cada sessão.

Com relação à tarefa de casa, além da descrição sumarizada nas Tabelas 12a, 12b, 12c e 12d, foram estabelecidos procedimentos para facilitar a generalização: (a) falar sobre a habilidade para alguém e (b) praticar de duas a três vezes por semana as habilidades sociais educativas aprendidas na sessão, procurando diferentes contextos e diferentes interlocutores (em casa com outros filhos ou com o marido, no trabalho, na vizinhança). Na sessão seguinte era discutido: (a) com quem falou sobre a habilidade; b) aspectos que facilitaram ou dificultaram a realização da tarefa e análise funcional e (c) resultados obtidos pelas mães e filhos com a tarefa em termos de aprendizagem e generalização das habilidades.

Cada sessão seguia uma estrutura (Tabela 13), baseada no procedimento proposto por Freitas (2005), com o objetivo de distribuir o tempo de atendimento e sinalizar aos participantes a sequência de objetivos e atividades a serem cumpridos na sessão.

Tabela 13

Estrutura Básica Utilizada no Decorrer de Cada Sessão na Fase 3.

| Etapas da sessão | Metas | Objetivos |
|--------------------------|---|---|
| <i>Aquecimento</i> | | <ul style="list-style-type: none"> • Integrar as mães presentes na sessão; • Resumir os temas tratados nas sessões anteriores; • Verificar a tarefa de casa proposta no atendimento anterior; • Introduzir o(s) objetivo(s) da sessão. |
| “O que sei e o que faço” | <i>Recursos e déficits das mães em relação à Habilidade</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar às mães a descrição e demonstração dos comportamentos emitidos em relação aos comportamentos da classe de HSE proposta para a sessão; • Expor (quando necessário) os aspectos conceituais da habilidade a ser trabalhada na sessão (por meio de atividades ou exposição teórica); • Analisar com o grupo a funcionalidade (variáveis antecedentes e consequentes) do desempenho; • Avaliar a forma e ocasião do desempenho; • Solicitar ao grupo as alternativas comportamentais possíveis para a situação. |
| “Para fazer diferente” | <i>Treino da habilidade</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Criar oportunidade para um novo desempenho (<i>role-playing</i>, modelação, ensaio comportamental); • Identificar dificuldades para o desempenho da habilidade específica; • Esclarecer às mães a habilidade a ser praticada como tarefa de casa. |
| “Para continuar fazendo” | <i>Generalização da habilidade</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar o comportamento-alvo a ser ensinado ao filho; • Esclarecer as etapas para execução/ensino das habilidades ao filho; • Incentivar as mães a aproveitarem ou a criarem novas situações para treino da habilidade e/ou para ensinar novas habilidades aos filhos. |
| “Para lembrar” | <i>Revisão posterior da habilidade</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Entregar o material com os principais pontos da sessão; • Oferecer (quando possível e adequado) um exercício de fechamento. |

A primeira etapa, denominada aquecimento, tinha como objetivos propiciar um ambiente acolhedor e motivador para manter o interesse do grupo, com oportunidade de relatos de problemas e conquistas vivenciadas durante a semana, lembrar a habilidade treinada na última sessão, verificar a tarefa de casa e apresentar os objetivos da sessão. As atividades escolhidas para essa etapa eram de curta duração e utilizadas para aumentar a comunicação entre os membros do grupo, como “quebra-gelo” e, principalmente, para introduzir os objetivos da sessão.

A etapa denominada “O que sei e o que faço” teve por objetivo observar e analisar os desempenhos das mães nas interações com os filhos. Nessa fase, adotou-se, principalmente nas primeiras sessões, um modelo de postura analítica (análise funcional e *feedback*) e não-avaliativa do coordenador, no momento em que a mãe está relatando ou demonstrando o que sabe e o que faz em casa na interação com o filho.

Essa postura teve por objetivo manter o ambiente acolhedor e motivador iniciado na etapa anterior. A exposição dos aspectos conceituais, geralmente, era realizada após as mães relatarem ou demonstrarem como se comportaram com o filho. Adotou-se essa sequência para que o desempenho das mães fosse o mais próximo possível daquele apresentado nas interações diárias com o filho e que não ficasse sob controle da exposição teórica.

Na etapa “Para fazer diferente” ocorria a aplicação do procedimento específico para o treinamento da habilidade proposta para a sessão. Nesse momento era retomada a situação escolhida pelo grupo na fase anterior e eram apresentadas alternativas para um desempenho mais competente. O cuidado essencial nessa fase era promover oportunidade para a participação de todos e, com base na avaliação inicial, priorizar a participação das mães com maior necessidade de treinamento na habilidade específica.

A penúltima etapa, denominada “Para continuar fazendo”, tinha por objetivo a manutenção e generalização dos comportamentos aprendidos na sessão para outros contextos e com diferentes interlocutores. Era constituída basicamente pela explicação da tarefa de casa e dos passos para sua execução.

A última etapa, denominada “Para lembrar”, tinha por objetivo avaliar a sessão e resumir os principais pontos da sessão. Era entregue um resumo com os principais pontos da sessão que tinham por função servir de lembrete para as mães ou esclarecer alguma dúvida no decorrer da semana. Além disso, pode ser visto como uma forma de

potencializar a manutenção dos ganhos ao longo do tempo, após o tratamento (Marinho, 1999).

Avaliação pós-intervenção

Nessa fase adotou-se os mesmos instrumentos e procedimentos descritos na fase de avaliação pré-intervenção. Além desses instrumentos, as mães responderam o *Questionário de Avaliação do Programa* (QAP).

Avaliação de Seguimento

As avaliações de seguimento ocorreram quatro meses após o término do programa, sendo novamente replicados os instrumentos utilizados nas fases de pré e pós-intervenção. Nessa fase participaram apenas as mães do GE, uma vez que o objetivo era avaliar a generalização temporal (manutenção) dos ganhos advindos com a participação no programa.

Para a coleta de dados com os professores, alguns procedimentos tiveram que ser alterados em decorrência da época em que foi realizada essa avaliação. Com o término do programa no final do ano (dezembro), a coleta dos dados de seguimento foi agendada para o mês de março do ano subsequente, o que acarretou duas dificuldades: a) dois professores não estavam mais lecionando na escola e b) os professores (atuais) que deveriam avaliar as crianças alegavam não estar preparados para a avaliação em função do pouco contato com a criança (início do ano letivo).

Com isso, a avaliação de seguimento foi realizada um mês após o prazo inicialmente planejado, visando dar mais tempo ao professor para conhecer a criança. Apenas uma criança, que ficou retida na série, foi avaliada pelo mesmo professor que havia participado nas fases anteriores da avaliação. As demais crianças foram avaliadas pelo professor atual juntamente com o professor do ano anterior. No caso das duas crianças em que os professores haviam saído da escola, o inventário foi respondido pelo professor atual e orientador educacional da escola. A participação dos professores que já haviam participado parcialmente da pesquisa e/ou orientador educacional juntamente com o professor atual foi uma alternativa adotada com o objetivo de conciliar os dados históricos

e atuais relativos aos comportamentos sociais apresentados pela criança e minimizar possíveis vieses nessa avaliação.

Além das dificuldades mencionadas acima, cerca de 60% das crianças reclamaram da repetição das atividades (estruturadas) durante as sessões de filmagens e pediram à pesquisadora que mudasse essas atividades. Uma das crianças recusou-se em permanecer 40 minutos na sessão de filmagem, aceitando somente o tempo integral de filmagem para a Atividade Livre. Após negociação com a mãe, ela aceitou permanecer cinco minutos em cada uma das atividades estruturadas. Os dados dessa criança foram mantidos, uma vez que esse tempo de filmagem obedecia ao critério de tempo estabelecido para análise da filmagem.

A Figura 1 apresenta uma síntese de todas as fases do procedimento.

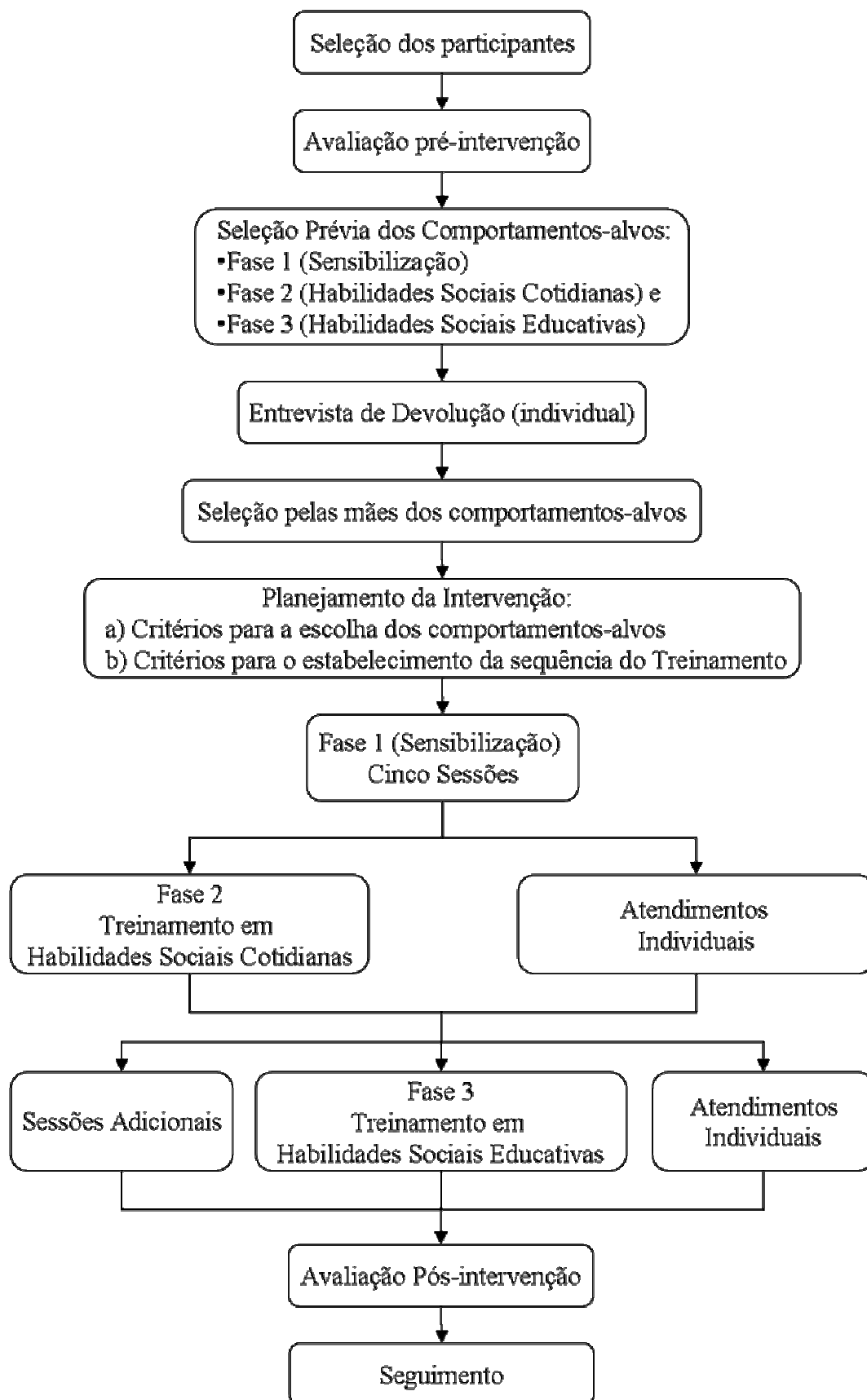


Figura 1. Fluxograma das atividades realizadas no decorrer do procedimento.

Tratamento de Dados

Os escores totais e fatoriais, obtidos por meio dos inventários padronizados IHS-Del-Prette e SSRS – BR, foram calculados pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 16.0). Para comparar as médias entre grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e para a comparação entre as médias de cada grupo, na fase pré e pós-intervenção, foi usado o teste não-paramétrico Wilcoxon. O nível de significância de 5% foi adotado para toda a análise estatística.

Os dados resultantes do IHSE-autorrelato foram tabulados por participantes e, posteriormente, foi computada a pontuação global para cada grupo, nas etapas de pré, pós-intervenção, por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Os resultados obtidos pelos dois grupos nas diferentes avaliações e nos diferentes momentos de avaliação foram comparados utilizando os mesmos testes estatísticos e significância adotados para os instrumentos estruturados.

Por meio das filmagens foi avaliada a frequência das habilidades sociais educativas, seguindo a operacionalização dos comportamentos do sistema de categorias (Anexo E). A análise das filmagens foi feita por quatro observadores ingênuos em relação aos objetivos da pesquisa. Devido ao elevado número de comportamentos em cada classe das habilidades sociais educativas, que poderia levar à distração ou cansaço dos juízes, cada dupla de juízes ficou responsável por duas classes: Dupla 1: (Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo e Monitoria Positiva) e Dupla 2: (Transmitir e Expor Conteúdos sobre Habilidades Sociais e Estabelecer Limites e Disciplina).

Para o registro dos comportamentos foi adotado o *registro de intervalo com o uso de código observacional*, em que era utilizado um código específico para cada comportamento-alvo ocorrido durante o intervalo. Conforme Almeida (s.d.), o emprego dessa forma de registro permite registrar a ocorrência de muitos comportamentos-alvos dentro do mesmo intervalo e, como se trata de um procedimento de registro binário, apenas uma ocorrência para cada comportamento-alvo é registrada em cada intervalo.

O período de observação de cada atividade (uma livre e três estruturadas) foi de cinco minutos, divididos em períodos de um minuto, totalizando vinte minutos de observação por participante. Os comportamentos de cada classe foram registrados separadamente e somente após o término do registro dos comportamentos de uma

determinada classe, em todos os tipos de atividade, iniciava-se o registro dos comportamentos de outra classe.

Como foi utilizado um sistema de registro para monitorar vários comportamentos durante um mesmo intervalo, empregou-se, seguindo sugestão de Almeida (s.d.), o procedimento de “observação não contínua”, tendo o observador um intervalo para observar e outro para registrar. Assim, nesse estudo, os juízes observavam durante um minuto e registravam os códigos no minuto subsequente.

Na presente pesquisa, todas as filmagens foram captadas em DVD e feitas as seguintes edições: a) na tela inicial havia o nome da participante, a data da filmagem e menus que permitiam o acesso rápido às atividades (uma livre e três estruturadas) bem como por ser a filmagem um material que permite a mensuração direta de produtos permanentes, os menus possibilitavam ao juiz avançar ou retroceder, rapidamente, nas quatro atividades caso houvesse necessidade de comparações posteriores; b) antes de iniciar cada atividade, aparecia um letreiro com a designação da atividade, por exemplo: “Atividade Livre”, para favorecer a identificação da mesma; e c) sendo a sinalização do início e do final de cada intervalo uma condição necessária, quando se adota um registro de intervalo, as filmagens foram editadas com sinalização auditiva (um barulho de “pim”) ao final de cada minuto e um barulho diferenciado ao término do quinto minuto para sinalizar que o número de intervalos estabelecidos para a observação daquela atividade havia sido alcançado.

Foi utilizada uma folha de registro individual (por participante) para cada classe que estava sendo registrada. Nessa folha constavam informações sobre os dados de identificação do participante, a etapa da pesquisa a que se referia a observação, o tipo de atividade e as caselas para registro da ocorrência do comportamento e índice de concordância (Anexo E).

Os juízes foram, primeiramente, orientados com relação aos comportamentos de cada classe, ou seja, foi procedida a leitura e esclarecidas as dúvidas apresentadas por eles. Em seguida, foram orientados quanto ao preenchimento da folha de registro e, finalmente, foram definidos os códigos observacionais. Para treinamento foram utilizadas filmagens realizadas anteriormente, durante o estudo-piloto, com uma amostra equivalente. O procedimento adotado para o treinamento dos juízes seguiu algumas recomendações descritas em Bandeira, Barroso, Reis, Gaspar e Silva (2004) e Gresham, Cook, Crews e Barreras (2008).

Durante o treinamento, todos os juízes assistiam, em uma mesma sala, porém sem contato, os cinco primeiros minutos de uma mesma fita e faziam os registros de uma determinada classe sob sua responsabilidade. Em seguida, a pesquisadora fazia o cálculo de concordância e no caso de discordância (quando a diferença entre os juízes era superior a 15%) discutia-se com a dupla as causas da discordância e os juízes refaziam juntos a observação do mesmo período até chegar a um consenso final, considerando as definições do sistema de categoria. O treinamento seguia desse modo até o término do registro da mesma categoria nos 15 minutos restantes da filmagem. Todos os juízes participavam da reunião de consenso por considerar a necessidade de todos conhecerem o sistema de categoria na íntegra. O mesmo procedimento era adotado para as classes subsequentes. Foram realizadas quatro sessões de treinamento seguindo esse esquema e se obteve um índice de concordância igual ou superior a 85%.

O registro das filmagens da pesquisa foi feito de forma independente pelos juízes e a cada quatro registros (quatro participantes) a pesquisadora reunia-se com as duplas a fim de discutir as dificuldades e calibrar as observações. O cálculo de fidedignidade, em todas as fases da avaliação (pré, pós-intervenção e seguimento) foi realizado por participante e a média entre os juízes foi obtida por categoria.

A Tabela 14 apresenta as médias obtidas pelos juízes em cada fase da avaliação e nas diferentes categorias.

Tabela 14

Média de Concordância Obtida Pelos Juízes em Cada Etapa da Avaliação e nas Diferentes Categorias.

| Categorias | GE | | | GC | |
|---|------|------|------|------|------|
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais | 88% | 92% | 91% | 85% | 90% |
| Estabelecer Limites e Disciplina | 88% | 90% | 97% | 88% | 94% |
| Monitorar Positivamente | 90% | 89% | 96% | 93% | 90% |

A frequência apresentada pelas mães em cada uma das classes foi calculada com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e foram comparadas as diferenças entre os grupos nos diferentes momentos da avaliação com os testes de Mann-Whitney e Wilcoxon, com nível de significância de 5%.

Resultados

Os resultados do presente estudo são apresentados, a seguir, em vários blocos referentes à importância das habilidades sociais na perspectiva das mães e dos professores, ao repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica das crianças e às habilidades sociais cotidianas e educativas das mães, cada um deles caracterizando e comparando os dois grupos: (a) na fase de pré-intervenção; (b) na pós-intervenção; (c) na diferença entre pré e pós-intervenção e (d) na fase de seguimento, realizada somente com o GE. No último bloco, são apresentados os dados referentes à avaliação do programa realizado com as mães do GE, referentes ao nível de satisfação com o programa, à importância atribuída por elas a cada uma das estratégias utilizadas no decorrer do programa e à avaliação do nível de preparo para o desempenho das habilidades sociais cotidianas e educativas.

Importância das Habilidades Sociais para as crianças, segundo avaliação das mães.

Considerando que a escala de importância para cada item variava de 0 (zero) a 2 (dois), a variação possível do escore total de importância atribuída ao conjunto de 35 habilidades sociais era de 0 a 70 na avaliação das mães. A Figura 2 apresenta o escore total médio de importância na avaliação das mães dos dois grupos nas diferentes fases de avaliação.

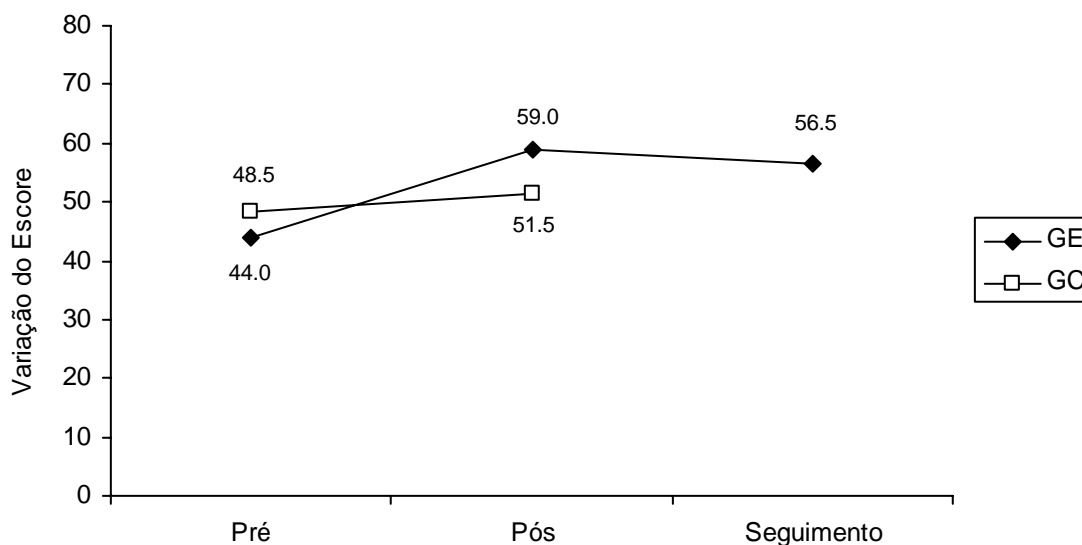


Figura 2. Variação do escore total médio da importância atribuída às habilidades sociais pelas mães do GE e GC nas diferentes avaliações.

No presente estudo, o escore total de importância, na avaliação das mães do GE, variou de 34 a 67 e do GC de 35 a 61 na fase de pré-intervenção. A Figura 2 apresenta a variação do escore total apresentada pelas mães. Inicialmente as mães do GC fizeram uma avaliação mais positiva sobre a importância das habilidades sociais do SSRS-BR para o desenvolvimento e aprendizagem das crianças. No entanto, a comparação estatística entre os dois grupos não se mostrou significativa ($U=0,3676$; $p=0,7132$).

Na fase de pós-intervenção, a análise estatística indicou que houve diferença significativa entre os grupos ($U=2,678$; $p=0,0074$) com as mães do GE, avaliando como “importante” ou “muito importante” um maior número de itens.

Na fase de seguimento, a valoração das mães do GE manteve-se praticamente inalterada. Com isso, a comparação estatística não revelou diferença significativa entre os escores totais obtidos nos dois momentos da avaliação ($Z=0,0374$; $p=0,747$), sugerindo a manutenção dos ganhos no decorrer do tempo.

Para apresentação dos dados sobre a importância de cada um dos fatores foi adotado o valor médio por item para permitir a comparação entre fatores, já que eles variavam quanto à quantidade de itens. A Tabela 15 apresenta a importância atribuída pelas mães a cada um dos fatores nos diferentes momentos da avaliação.

Tabela 15

Valor Médio dos Escores Fatoriais Atribuído à Importância das Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento pelas Mães.

| Fatores avaliados | Valor Médio | | | | |
|--|-------------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Cooperação) | 1,4 | 1,8 | 1,8 | 1,5 | 1,4 |
| F2 (Asserção Positiva) | 1,5 | 1,8 | 1,8 | 1,6 | 1,5 |
| F3 (Iniciativa e Desenvoltura Social) | 1,2 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 1,1 |
| F4 (Asserção de Enfrentamento) | 1,5 | 1,8 | 1,6 | 1,4 | 1,4 |
| F5 (Civildade) | 1,3 | 1,7 | 1,7 | 1,4 | 1,5 |
| F6 (Autocontrole) | 1,4 | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 1,2 |

Considerando que a escala de importância variava para cada item, de 0 (não importante) a 2 (muito importante), foi possível verificar que os comportamentos das classes de *Cooperação* (F1), de *Asserção Positiva* (F2) e de *Asserção de Enfrentamento* (F4) foram os mais valorizados (valor médio entre 1,4 e 1,6) pelos dois grupos de mães na pré-intervenção. Considerando cada grupo de mães, verificou-se que as mães do GE também apresentaram melhor valorização dos comportamentos de *Autocontrole* (F6) enquanto que as mães do GC valorizaram mais os comportamentos de *Civildade* (F5). A análise comparativa dos valores médios dos escores fatoriais apresentados por mães do GE e GC mostrou que não houve diferença significativa entre os grupos na pré-intervenção.

Na pós-intervenção verificou-se que, no GE, os comportamentos dos fatores das classes *Cooperação* (F1), *Asserção Positiva* (F2), *Asserção de Enfrentamento* (F4) e *Autocontrole* (F6) passaram a ser os mais valorizados (valor médio 1,8, muito próximo do valor máximo da escala, 2). Para as mães do GC, os comportamentos mais valorizados

nessa fase foram os de *Asserção Positiva* (F2) e *Civilidade* (F5). A análise estatística apontou diferenças significativas, favoráveis ao GE, em cinco de seis fatores: F1- *Cooperação* ($U=2,1529$; $p=0,0313$), F2- *Asserção Positiva* ($U=2,2054$; $p=0,027$), F4- *Asserção de Enfrentamento* ($U=1,9954$; $p=0,046$), F5- *Civilidade* ($U=2,2054$; $p=0,027$) e F6- *Autocontrole* ($U=1,9429$; $p=0,05$).

A avaliação comparativa entre os grupos mostra que as mães do GE melhoraram mais que as mães do GC na valoração às habilidades sociais na pós-intervenção, sugerindo que o programa pode ter contribuído para essa mudança.

Com relação aos fatores, as mudanças ocorridas nos diferentes momentos da avaliação foram significativas para o GE, mas não para o GC: entre a pré e a pós-intervenção nos fatores F1 ($Z=2,2364$; $p=0,018$), F2 ($Z=2,3664$; $p=0,018$), F5 ($Z=2,5205$; $p=0,0117$) e F6 ($Z=2,3664$; $p=0,018$) e esses ganhos mantiveram-se na fase de seguimento, ou seja, sem mudança estatisticamente significativa entre as fases de pós e seguimento em nenhum dos fatores.

Assim como as mães, os professores também avaliaram a importância do conjunto de habilidades sociais apresentado no SSRS-BR. Como a escala de importância para cada item variava de 0 (não importante) a 2 (muito importante), a variação possível do escore total de importância atribuída ao conjunto de 30 habilidades sociais, na avaliação dos professores, era de 0 a 60. Na avaliação dos professores do GE, foi observada variação entre 30 e 55 e do GC entre 30 e 60. A Figura 3 mostra a atribuição de importância pelos professores dos dois grupos nas diferentes fases da avaliação.

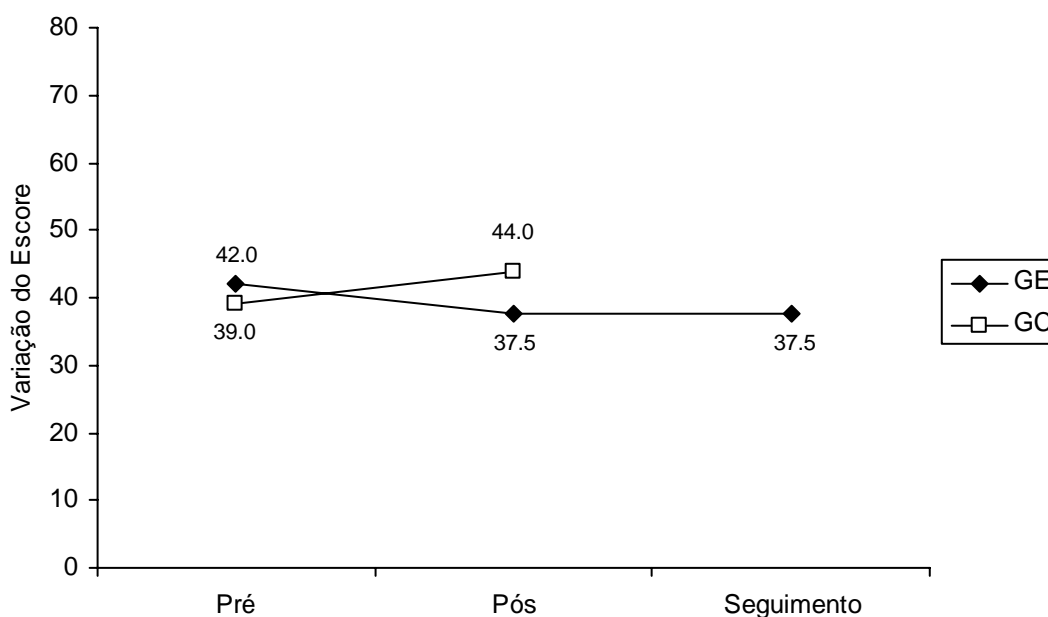


Figura 3. Variação do escore total médio da importância atribuída às habilidades sociais pelos professores do GE e GC nas diferentes avaliações.

A Figura 3 mostra que, de forma geral, houve pouca diferença de escore na avaliação feita pelos professores dos dois grupos na fase de pré-intervenção. Nessa fase, a análise estatística revelou que na avaliação dos professores os grupos eram equivalentes ($U=0,6301$; $p=0,5286$). Na pós-intervenção houve uma inversão com os professores do GC valorizando mais o conjunto total de habilidades sociais, no entanto, essa diferença não foi significativa entre os grupos ($U=0,9977$; $p=0,3184$). Finalmente, na fase de seguimento o escore médio manteve-se inalterado, quando comparado à fase pós-intervenção. Em resumo, não se verificou efeito positivo do programa sobre a valoração dos itens pelos professores.

A importância relativa a cada um dos fatores, na avaliação dos professores, está apresentada na Tabela 16.

Tabela 16

Valor Médio dos Escores Fatoriais Atribuído à Importância das Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento pelos Professores.

| Fatores avaliados | Valor Médio | | | | |
|-------------------------------------|-------------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Responsabilidade/Cooperação) | 1,5 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,5 |
| F2 (Asserção) | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,3 | 1,3 |
| F3 (Autocontrole) | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,4 | 1,5 |
| F4 (Autodefesa) | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,5 | 1,6 |
| F5 (Cooperação com pares) | 1,5 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,3 |

No caso dos professores do GE, observou-se que o conjunto de habilidades sociais mais valorizado foi o de *Responsabilidade/Cooperação* (F1) e *Cooperação com pares* (F5), seguido pelos de *Autocontrole* (F3) e *Autodefesa* (F4). Já no GC, os comportamentos de *Autocontrole* (F3) e *Autodefesa* (F4) foram os mais valorizados, seguidos pelos de *Responsabilidade/Cooperação* (F1), *Asserção* (F2) e *Autocontrole* (F3) que obtiveram o mesmo valor médio. A análise comparativa dos valores médios dos escores fatoriais apresentados por professores do GE e GC mostrou que não houve diferença significativa entre os grupos na avaliação inicial.

Considerando os dados dos dois grupos de professores, assim como na fase de pré-intervenção, os comportamentos mais valorizados na pós-intervenção foram os de *Autocontrole* (F3) e *Autodefesa* (F4), sugerindo a importância desse repertório para o contexto escolar. Na comparação entre os grupos, na pós-intervenção, não foi observada diferença significativa entre eles em nenhum dos fatores avaliados, assim como não houve mudança estatisticamente significativa entre os dois momentos da avaliação para qualquer um dos grupos.

Comparando-se os percentis médios obtidos pelo GE, nas fases de pós-intervenção e seguimento, foi possível identificar que a valorização em todos os fatores manteve-se dentro de um mesmo valor médio (1,2 e 1,3), não sendo verificada mudança significativa de escores.

Avaliação realizada pelas mães sobre o repertório de Habilidades Sociais e Problemas de Comportamentos das crianças do GE e GC.

A avaliação das mães por meio do SSRS-BR também gerou dados relativos ao escore total das habilidades sociais e aos escores fatoriais. A Figura 4 mostra o escore total das habilidades sociais, segundo a avaliação das mães do GE e GC, nos diferentes momentos da avaliação.

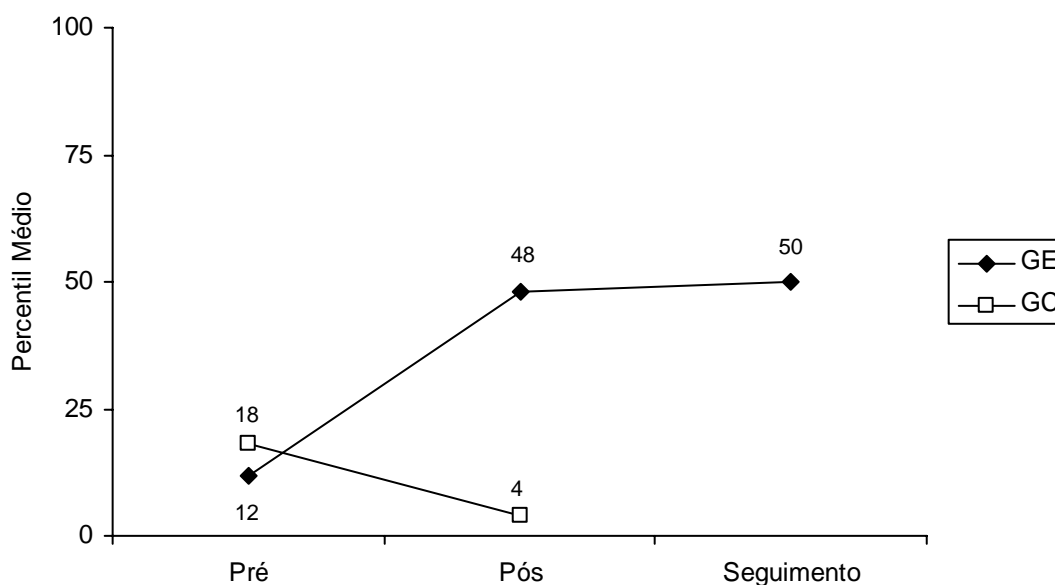


Figura 4. Percentil médio para o escore total das habilidades sociais das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelas mães.

A análise das condições iniciais do repertório de habilidades sociais apresentado pelas crianças de ambos os grupos, na perspectiva das mães, indicou uma posição em percentil (<25) representativa de repertório de habilidades sociais bastante deficitário,

quando comparado à amostra de referência⁵. A análise comparativa entre os dois grupos não revelou diferença significativa na avaliação das mães ($U=0,5251$; $p=0,5995$).

Na pós-intervenção verifica-se que a avaliação do GC manteve-se em percentis indicativos de déficits em habilidades sociais, enquanto o GE atingiu posição indicativa de bom repertório em habilidades sociais, ainda que abaixo da mediana. A melhor avaliação para o GE refletiu-se em diferença significativa na avaliação das mães ($U=2,8356$; $p=0,0046$). Na fase de seguimento, as mães do GE avaliaram mais positivamente o repertório de habilidades sociais das crianças, no entanto, essa avaliação não representou mudança estatística ou na posição percentil. Esses dados sugerem que o programa produziu mudanças na direção desejada para o GE e que essas mudanças mantiveram-se quatro meses após o encerramento do programa.

A comparação dos escores totais entre os diferentes momentos da avaliação apontou mudança significativa e positiva na avaliação das mães do GE ($Z=2,3664$; $p=0,0173$) e negativa na avaliação das mães do GC ($Z=2,3805$; $p=0,0173$). Portanto, enquanto as mães do GE melhoraram a avaliação do repertório de habilidades sociais dos filhos, as mães do GC apresentaram uma avaliação rebaixada na pós-intervenção.

Esse conjunto de resultados obtidos na avaliação das mães sobre as habilidades sociais de seus filhos mostrou que o GE apresentou melhoras relevantes após a intervenção, alcançando uma posição que demonstra que as crianças passaram a apresentar bom repertório (abaixo da mediana) de habilidades sociais.

Dado o caráter situacional das habilidades sociais, a análise dos escores fatoriais permite verificar se os déficits apresentados pelas crianças eram generalizados para diversos contextos e com diferentes interlocutores ou se estavam restritos a situações e interlocutores específicos. A Tabela 17 apresenta os dados dos fatores avaliados pelo SSRS-BR, porém é importante lembrar que o foco da intervenção foi nos fatores *Cooperação* (F1), *Civilidade* (F5) e *Autocontrole* (F6), considerando a avaliação das mães.

⁵ Dados coletados e disponíveis com Zilda Aparecida Pereira Del Prette (não publicado).

Tabela 17

Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação das Mães.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|--|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Cooperação) | 15 | 64 | 39 | 21 | 12 |
| F2 (Asserção Positiva) | 14 | 31 | 31 | 31 | 12 |
| F3 (Iniciativa e Desenvoltura Social) | 32 | 53 | 54 | 43 | 15 |
| F4 (Asserção de Enfrentamento) | 34 | 56 | 58 | 45 | 22 |
| F5 (Civildade) | 10 | 77 | 61 | 25 | 11 |
| F6 (Autocontrole) | 20 | 67 | 81 | 37 | 21 |

Na fase de pré-intervenção, a análise em termos de percentis mostrou que o GE apresentava valores indicativos de repertório deficitário nos fatores F1, F2, F5 e F6 e de bom repertório (abaixo da mediana) em F3 e F4. No caso do GC, valores indicativos de repertório deficitário foram observados em F1 e F5 (≤ 25) e bom repertório (abaixo da mediana) nos fatores F2, F3, F4 e F6. Esses dados, de forma geral, mostraram que ambos os grupos apresentavam necessidade de treinamento em habilidades em todos os fatores, pois em todos eles foi verificada, com menor ou maior grau, classificação sugerindo déficits no repertório de habilidades sociais.

Analisando os dados referentes aos fatores, na perspectiva das mães, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GE e GC em nenhum dos fatores avaliados, podendo-se afirmar que as condições iniciais em habilidades sociais dos dois grupos eram equivalentes.

Após a intervenção, a análise em termos de percentis revelou que os escores do GE situaram-se em posição mais elevada que os do GC em praticamente todos os fatores. Analisando a avaliação das mães sobre o desempenho social das crianças, foi possível verificar que houve diferença significativa entre os grupos nos fatores F1 – *Cooperação* ($U=2,258$; $p=0,0357$), F5 - *Civilidade* ($U=3,0456$; $p=0,0023$) e F6 - *Autocontrole* ($U=2,1004$; $p=0,0357$).

Os dados referentes à posição percentil das crianças nos escores fatoriais, na comparação entre pré e pós-intervenção, mostram que, assim como no escore total, as crianças do GC foram avaliadas mais negativamente por suas mães em todos os fatores, enquanto que as crianças do GE foram avaliadas mais positivamente em todos eles. Observa-se que, para o GE, com exceção de *Asserção Positiva* (F2), os comportamentos de *Cooperação* (F1), *Iniciativa e Desenvoltura Social* (F3), *Asserção de Enfrentamento* (F4) e *Autocontrole* (F6) alcançaram posição indicativa de bom repertório de habilidades sociais (acima da mediana) e o de *Civilidade* (F5) uma posição ainda mais elevada, indicativa de repertório bastante elaborado de habilidades sociais.

A avaliação das mães do GE indicou ganhos em todos os fatores, mas somente aqueles privilegiados na intervenção apresentaram mudanças estatisticamente significativas: F1- *Cooperação* ($Z=1,9917$; $p=0,0464$), F5- *Civilidade* ($Z=2,2014$; $p=0,0277$), e F6- *Autocontrole* ($Z=2,3664$; $p=0,018$). Por outro lado, no GC, verificou-se redução significativa do escore de F5 – *Civilidade* ($Z=2,1129$; $p=0,0346$). Esses dados sugerem que, quando a intervenção teve impacto positivo, este foi observado, principalmente naqueles comportamentos que foram selecionados como alvos da intervenção.

Ainda para o GE, a comparação entre as fases de pós-intervenção e seguimento não mostrou mudança estatística significativa para nenhum dos fatores. Considerando os comportamentos de *Cooperação* (F1), *Civilidade* (F5) e *Autocontrole* (F6) que foram alvos da intervenção, observou-se redução de escores nos fatores F1 e F5 e aumento no F6, mas somente a mudança de escore no F6 representou mudança positiva, com as crianças passando para uma posição indicativa de repertório elaborado em *Autocontrole*.

A Figura 5 permite identificar, para aqueles fatores em que foram observadas diferenças significativas, quais crianças passaram da posição indicativa de repertório deficitário para de bom repertório (médio) ou repertório muito elaborado de habilidades sociais.

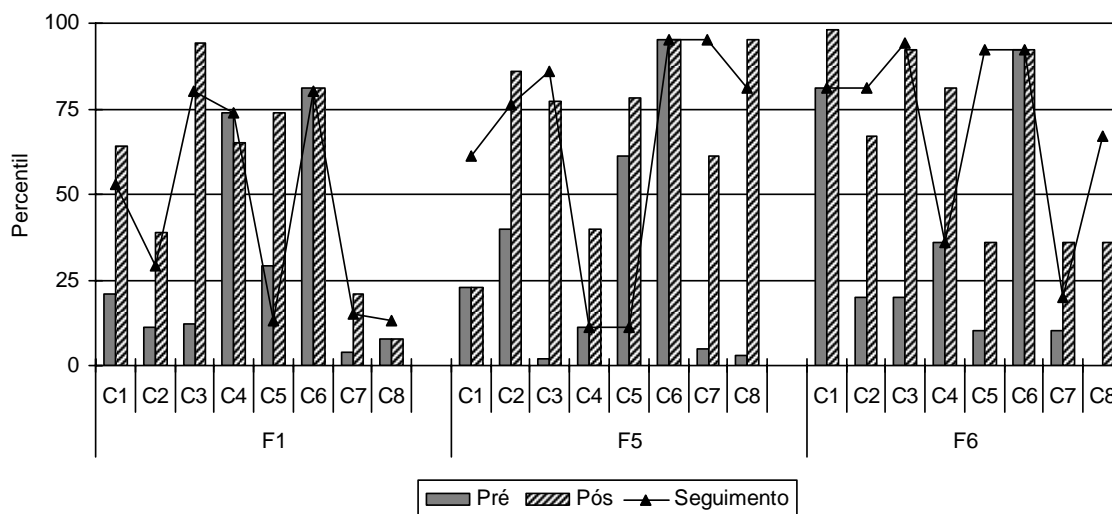


Figura 5. Posição percentil dos escores individuais das crianças do GE nos fatores F1, F5 e F6 nas diferentes fases de avaliação, conforme avaliação das mães.

A Figura 5 mostra que no F1 (*Cooperação*) duas crianças (C1 e C2), que antes da intervenção apresentavam repertório deficitário, atingiram posição de bom repertório na pós-intervenção. C3 passou de repertório deficitário para uma posição indicativa de repertório bastante elaborado; C5 manteve-se na posição percentil indicativa de bom repertório, porém alcançou posição acima da mediana na pós-intervenção; C6 manteve a mesma posição nas duas avaliações e somente C7 e C8 continuaram apresentando repertório bastante deficitário. Na fase de seguimento, apenas uma criança (C5) apresentou redução significativa nos comportamentos dessa classe, alterando a posição percentil observada nas fases anteriores e duas crianças (C4 e C8) obtiveram ganhos, porém permanecendo na mesma posição percentil.

Para o F5 (*Civilidade*), observou-se que C4 e C7 passaram de repertório deficitário para bom repertório abaixo e acima da mediana, respectivamente. C3 e C8 atingiram posição indicativa de repertório bastante elaborado na fase de pós-intervenção. C2 e C5, que apresentavam bom repertório na fase de pré-intervenção, atingiram posição de repertório elaborado na fase de pós-intervenção. Não foi observada mudança de posição para C1, que permaneceu apresentando repertório deficitário, e para C6 que se manteve na posição indicativa de repertório elaborado.

Na fase de seguimento, as crianças C1, C3 e C7 apresentaram aumento de escore, sendo que houve alteração positiva da posição percentil para C1 e C7. Para as demais

crianças, os dados mostram que estas apresentaram diminuição desses comportamentos, porém somente C4 e C5 apresentaram percentil indicativo de mudanças negativas de posição.

Finalmente no F6 (*Autocontrole*), as crianças C1 e C6 permaneceram em uma posição indicativa de repertório bastante elaborado enquanto que para as demais crianças foram verificadas mudanças de posição percentil. As crianças C3 e C4 atingiram posição de repertório elaborado após a intervenção; C2 atingiu uma posição indicativa de bom repertório acima da mediana e C5, C7 e C8 passaram a apresentar bom repertório na fase de pós-intervenção. Na fase de seguimento, C2 e C5 alcançaram posição de repertório elaborado, C8 teve ganho positivo na posição percentil e C4 e C7 apresentaram posição percentil inferior àquela observada na fase de pós-intervenção.

Em resumo, a análise comparativa, entre pré e pós-intervenção, sobre o desempenho individual de cada criança do GE, mostrou que entre 50 e 62% das crianças apresentaram, na fase de pós-intervenção, escores dentro da faixa indicativa de repertório mediano ou alto nos comportamentos de *Cooperação*, *Civilidade* e *Autocontrole*, conforme avaliação das mães. Deve-se considerar que esses dados não consideraram aquelas crianças que já apresentavam, inicialmente, bom repertório nesses fatores. Esses resultados fornecem evidências dos efeitos do programa sobre os comportamentos-alvos da intervenção e, mais importante, a possibilidade dessas crianças estarem interagindo socialmente em um nível comparável ao de crianças sem TDAH (amostra de referência).

A avaliação dos problemas de comportamento também foi realizada pelas mães nos diferentes momentos de avaliação. A Figura 6 mostra a posição percentil para o escore total em problemas de comportamento, segundo a avaliação das mães do GE e GC.

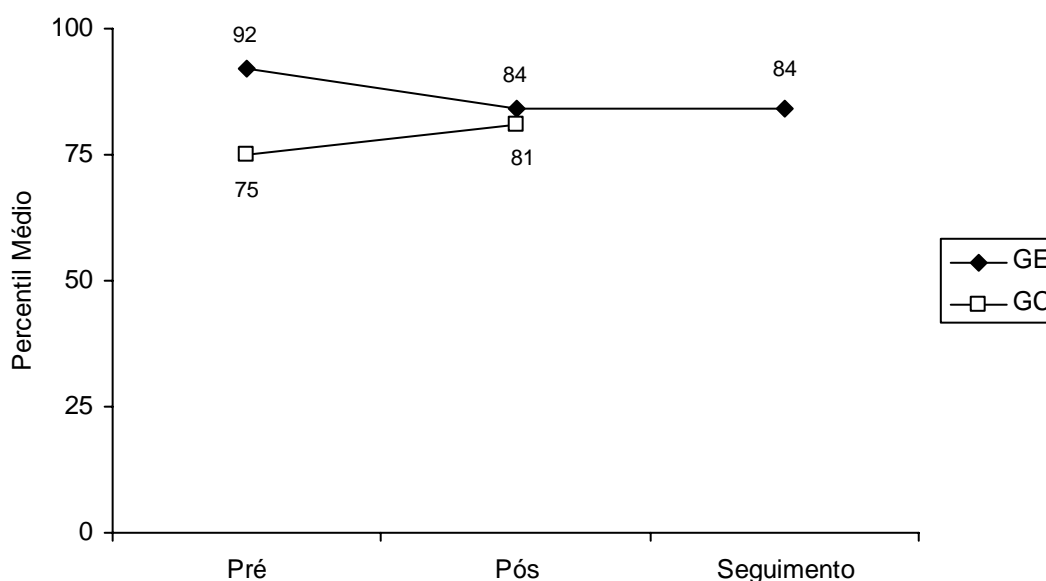


Figura 6. Percentil médio para o escore total dos problemas de comportamento das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelas mães.

Com relação à posição percentil das crianças nos escores totais, observou-se que o GE apresentava classificação que indicava maior presença desses comportamentos do que o GC na fase de pré-intervenção. A análise estatística evidenciou que as crianças do GE apresentavam significativamente ($U=2,5205$; $p=0,0117$) mais problemas de comportamentos, quando comparadas às crianças do GC. Essa diferença não foi mais verificada na fase de pós-intervenção ($U=0,0525$; $p=0,9581$). Na fase de seguimento, as crianças do GE mantiveram o mesmo percentil quatro meses após o término da intervenção.

A comparação entre os escores totais de problemas de comportamento, nas fases de pré e pós-intervenção, mostrou que o GE apresentou redução na posição percentil de P92 na fase de pré-intervenção para P84 na fase de pós-intervenção e manteve essa posição na avaliação de seguimento. Por outro lado, o GC passou do P75 para P81 na fase de pós-intervenção, sugerindo aumento dos problemas de comportamentos. Na avaliação das mães do GE foi possível verificar mudança significativa ($Z=2,3664$; $p=0,0180$) nos escores totais de problemas de comportamentos. Esta mudança não foi observada ($Z=2,15213$; $p=0,1282$) para o GC.

Na fase de seguimento, a posição percentil alcançada pelo GE na fase de pós-intervenção manteve-se inalterada, sugerindo estabilidades desses problemas no decorrer

do tempo. Ainda assim, a posição percentil sugere que as crianças dos dois grupos, após a intervenção e na fase de seguimento, no caso do GE, continuaram apresentando indicadores relevantes de problemas de comportamento.

Relativamente aos três escores fatoriais de problemas de comportamento (Tabela 18), verificou-se que na avaliação das mães o GE também apresentou escores mais críticos de problemas de comportamento do que o GC na fase de pré-intervenção.

Tabela 18

Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Problemas de Comportamento nas Fases de Pré-, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação das Mães.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Hiperatividade) | 93 | 82 | 89 | 81 | 89 |
| F2 (Problemas Externalizantes) | 82 | 59 | 59 | 57 | 41 |
| F3 (Problemas Internalizantes) | 95 | 76 | 76 | 75 | 76 |

A análise estatística indicou que na fase de pré-intervenção, com exceção do F1- *Hiperatividade* ($U=12,077$; $p=0,2271$), havia também diferença significativa entre os dois grupos nos fatores F2- *Problemas Externalizantes* ($U=2,1004$; $p=0,00357$) e F3- *Problemas Internalizantes* ($U=2,4155$; $p=0,0157$) com o GE apresentando mais problemas de comportamentos do que o GC.

Pode-se observar ainda que, na avaliação das mães, ambos os grupos apresentaram para os *Problemas Externalizantes* (F2) uma posição indicativa de menor presença desses comportamentos, quando comparados aos outros comportamentos problemáticos. Considerando os valores em percentil de ambos os grupos na fase de pós-intervenção, é possível afirmar que essas crianças continuaram a apresentar altos índices de *Hiperatividade* e *Problemas Internalizantes* e que somente os *Problemas Externalizantes*, no caso do GE, deslocaram-se de uma posição crítica para uma mediana.

Ainda com relação ao percentil de cada fator, na fase de pós-intervenção, não foi mais verificada diferença significativa entre os grupos na avaliação das mães para nenhum dos fatores: F1- *Hiperatividade* ($U=0,8402$; $p=0,4008$), F2- *Problemas Externalizantes* ($U=0,6301$; $p=0,5286$) e F3- *Problemas Internalizantes* ($U=0,6301$; $p=0,5286$).

Comparando a posição percentil dos escores fatoriais na pré e pós-intervenção, observou-se no GE oscilações no sentido de redução dos escores nos três fatores, porém somente no F2- *Problemas Externalizantes* ($Z=2,3805$; $p=0,0173$) e F3- *Problemas Internalizantes* ($Z=2,0304$; $p=0,0423$) essas oscilações representaram significativa redução de problemas de comportamento. No GC, observou-se uma pequena oscilação negativa para *Hiperatividade* (F1) e positiva para *Problemas Externalizantes* (F2), mas nenhuma delas foi significativa. Na fase de seguimento, a posição percentil apresentada pelo GE não alterou para nenhum dos fatores.

A Figura 7 mostra o percentil em problemas de comportamento nos diferentes momentos da avaliação para cada uma das crianças do GE, segundo avaliação das mães.

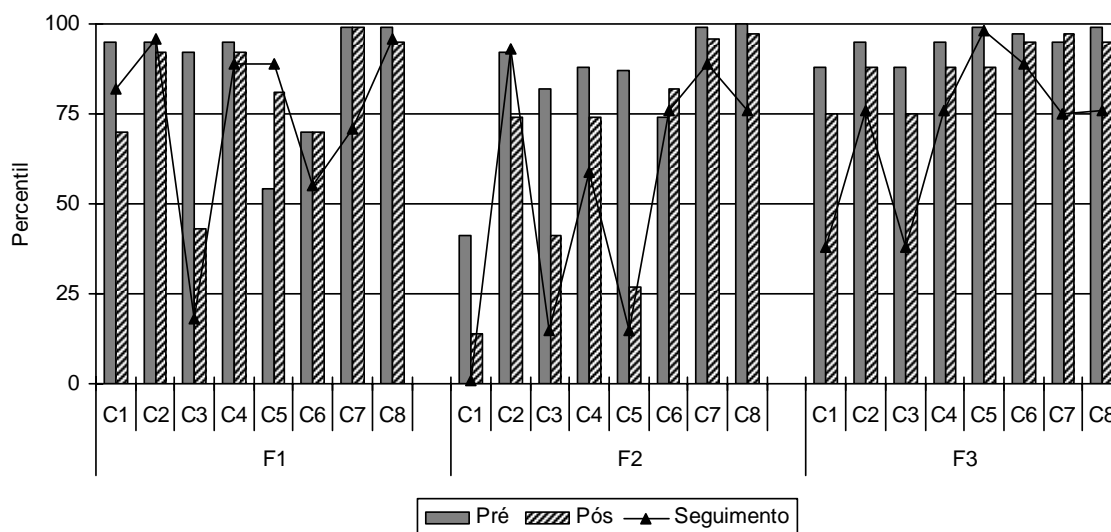


Figura 7. Posição percentil dos escores individuais das crianças do GE em problemas de comportamento nas diferentes fases de avaliação, conforme avaliação das mães.

Os dados relativos à *Hiperatividade* (F1) mostram que somente para uma criança (C5) a mãe a avaliou como apresentando mais problemas de comportamento após o programa. As crianças C1 e C3 apresentaram maior redução nesses comportamentos, o que ocasionou mudança de posição atingindo uma posição mediana. Para as demais crianças, houve pequena oscilação entre pré e pós-intervenção. Somente as crianças C3 e C7

apresentaram redução significativa desse comportamento na fase de seguimento, acarretando mudança positiva na posição percentil. As oscilações apresentadas pelas demais crianças não tiveram efeito de mudança na posição percentil, quando comparada à fase pós-intervenção.

Nos *Problemas Externalizantes* (F2), observa-se que apenas a C6 foi avaliada com presença de mais problemas de comportamento, quando comparada a sua condição inicial. Para as crianças C6 e C7, observou-se uma diminuição menos acentuada e para as demais uma diminuição relevante em comparação à condição inicial, situando-as em posição inferior à observada na fase de pré-intervenção. Na fase de seguimento, observou-se que apenas C2 apresentou aumento desses comportamentos. As demais crianças apresentaram diminuição desses comportamentos, porém somente as crianças C3 e C5 apresentaram percentil indicativo de mudanças de posição.

Para os *Problemas Internalizantes* (F3), as oscilações mais frequentes representaram diminuição desses comportamentos na fase de pós-intervenção, porém sem implicar em mudança da posição percentil para qualquer uma das crianças. Já na fase de seguimento, as crianças C1 e C3 apresentaram redução pronunciada desses comportamentos atingindo uma posição percentil mediana em *Problemas Internalizantes*.

De forma geral, após a intervenção, duas crianças (25%) apresentaram redução na posição percentil em *Hiperatividade*; cinco (62,5%) em *Problemas Externalizantes* e duas (25%) em *Problemas Internalizantes*, passando da posição percentil indicativa de elevado nível de problemas de comportamento para a posição mediana nesses fatores.

Avaliação realizada pelos professores sobre o repertório de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamentos e Competência Acadêmica das crianças do GE e GC.

As habilidades sociais apresentadas pelas crianças no contexto escolar foram avaliadas pelos seus professores. A Figura 8 mostra a posição percentil do conjunto total de habilidades sociais das crianças do GE e GC nas diferentes avaliações realizadas por seus professores.

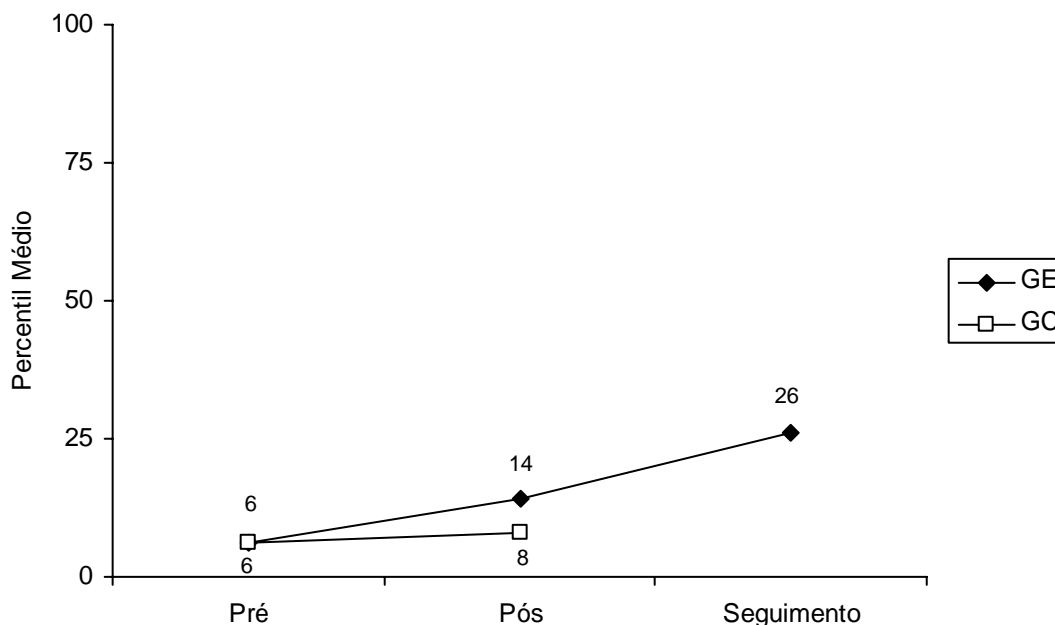


Figura 8. Percentil médio para o escore total das habilidades sociais das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores.

A avaliação dos professores sobre o repertório inicial das crianças demonstrou que os grupos eram equivalentes ($U=0,2626$; $p=0,7929$) e se situavam numa posição indicativa de *repertório bastante deficitário em habilidades sociais*. Na pós-intervenção, o desempenho social das crianças do GE foi avaliado mais positivamente que o das crianças do GC, porém a análise estatística não mostrou diferença significativa entre eles ($U=1,2603$; $p=0,2076$). Essa avaliação mais positiva também foi observada na fase de seguimento, porém não houve mudança significativa de repertório entre a pós-intervenção e o seguimento. Na comparação do percentil médio para o escore total, entre os diferentes momentos de avaliação, não foi verificada mudança significativa nem para o GE ($Z=1,4003$; $p=0,1614$) nem para o GC ($Z=0,5916$; $p=0,5541$).

Para avaliação do desempenho nos diferentes fatores, a Tabela 19 apresenta a posição percentil em cada um dos fatores e nas diferentes avaliações.

Tabela 19

Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação dos Professores.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Responsabilidade/Cooperação) | 10 | 12 | 27 | 8 | 12 |
| F2 (Asserção) | 14 | 59 | 36 | 10 | 8 |
| F3 (Autocontrole) | 7 | 7 | 9 | 9 | 9 |
| F4 (Autodefesa) | 25 | 54 | 54 | 15 | 8 |
| F5 (Cooperação com pares) | 13 | 49 | 49 | 12 | 13 |

A avaliação dos professores na pré-intervenção indicou que ambos os grupos apresentavam, em todos os fatores avaliados, percentis indicativos de repertório social deficitário (≤ 25), sendo os mais deficitários o F1 (*Responsabilidade/Cooperação*), o F3 (*Autocontrole*) e o F5 (*Cooperação com pares*). A análise estatística não apontou diferença significativa entre os grupos em nenhum dos fatores. Na avaliação pós-intervenção, a mudança positiva de escores observada para o GE no F2 (*Asserção*), F4 (*Autocontrole*) e F5 (*Cooperação com pares*) sugere passagem para uma posição representativa de bom repertório em habilidades sociais. No entanto, a diferença significativa entre os grupos somente foi observada no F2- *Asserção* ($U=2,3105$; $p=0,0209$).

A avaliação entre a pré e a pós-intervenção apontou os mesmos resultados com relação à mudança da posição percentil do GE nos fatores F2 (*Asserção*), F4 (*Autocontrole*) e F5 (*Cooperação com pares*) e mudança estatisticamente significativa no F2- *Asserção* ($Z=1,9604$; $p=0,0499$). Para o GC não foi observada mudança significativa em nenhum dos fatores.

Os professores avaliaram as crianças, na fase de seguimento, como mais *Cooperativas* (F1) e menos *Assertivas* (F2). Essas diferenças de escore não representaram

diferença estatisticamente significativa para os fatores, porém representou mudança positiva da posição percentil para os comportamentos de *Cooperação* (F1) e negativa para os de *Asserção* (F2).

A posição percentil de ambos os grupos, relativa ao conjunto de itens que compõem os denominados “problemas de comportamento” avaliados pelos professores, está exposta na Figura 9.

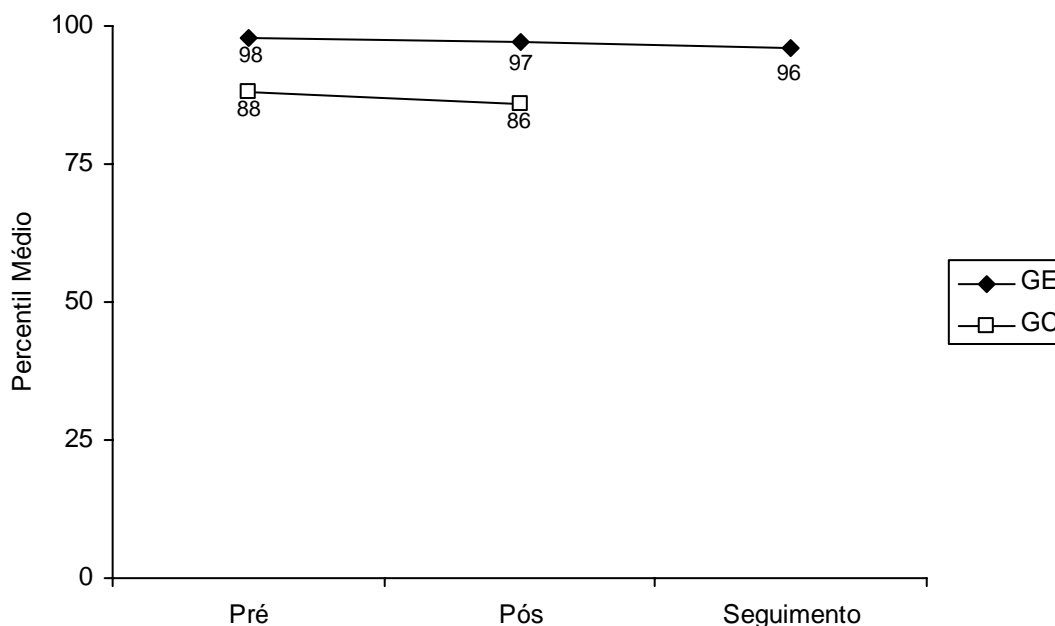


Figura 9. Percentil médio para o escore total dos problemas de comportamentos das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores.

Na análise comparativa entre os grupos na pré-intervenção, foi possível identificar que os professores das crianças do GE avaliaram-nas com, significativamente, mais problemas de comportamento ($U=2,468$; $p=0,0136$). Na avaliação pós-intervenção, as crianças do GE foram avaliadas mais positivamente pelos professores e a diferença apresentada entre os grupos na fase de pré-intervenção não foi mais verificada nessa fase ($U=1,7328$; $p=0,831$). Na fase de seguimento, a avaliação dos professores continuou mostrando diminuição dos problemas de comportamento das crianças do GE sem, no entanto, representar mudança estatisticamente significativa ou na posição percentil.

A comparação dos escores totais de problemas de comportamento dos dois grupos, nos diferentes momentos da avaliação, não mostrou mudança significativa para o GE ($Z=0,5916$; $p=0,5541$) nem para o GC ($Z=0,4201$; $p=0,6744$).

Na Tabela 20 estão expostos os dados relativos à posição percentil dos fatores avaliados pelos professores.

Tabela 20

Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Problemas de Comportamento nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento, Segundo a Avaliação dos Professores.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Problemas Externalizantes) | 96 | 97 | 94 | 85 | 82 |
| F2 (Problemas Internalizantes) | 99 | 84 | 94 | 85 | 84 |

Para a pré-intervenção, a análise estatística indicou diferença significativa entre os grupos tanto para *Problemas Externalizantes* ($U=2,3105$; $p=0,029$) como para os *Problemas Internalizantes* ($U=1,9429$; $p=0,052$). Na avaliação pós-intervenção, não foi mais identificada diferença entre os grupos em nenhum dos fatores avaliados: F1 - *Problemas Externalizantes* ($U=1,732$; $p=0,0831$) e F2- *Problemas Internalizantes* ($U=0,2626$; $p=0,7929$). Na comparação dos escores entre os diferentes momentos de avaliação verificou-se que ambos os grupos permaneceram em uma posição percentil que sugere alta frequência de *Problemas Externalizantes* (F1) e *Internalizantes* (F2). Esses dados são confirmados estatisticamente, visto que não foram identificadas mudanças significativas em nenhum dos fatores, tanto para o GE como para o GC.

A comparação da posição percentil nas fases de pós-intervenção e seguimento mostrou oscilação negativa e mais pronunciada nos *Problemas Internalizantes*, no entanto, essa mudança não foi estatisticamente significativa e nem representou mudança na posição percentil entre essas duas fases de avaliação.

Para a análise da competência acadêmica, a Figura 10 apresenta os escores totais das crianças do GE e GC nas fases pré, pós-intervenção e seguimento.

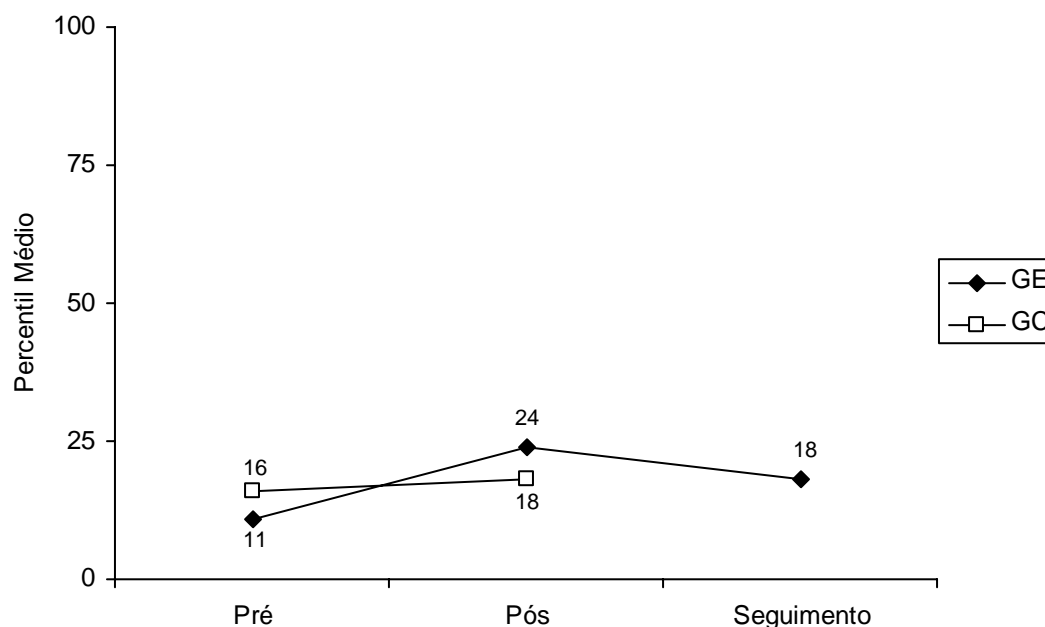


Figura 10. Percentil médio para o escore total da competência acadêmica das crianças do GE e GC nas avaliações feitas pelos professores.

A partir dos percentis médio para o escore total, verificou-se que ambos os grupos poderiam ser classificados, na fase de pré-intervenção, em uma posição representativa de competência acadêmica bastante deficitária, quando comparados a valores normativos. A comparação estatística entre os grupos indicou que não havia diferença significativa entre eles. Na fase de pós-intervenção, as crianças do GE ficaram classificadas no percentil 24 e as do GC no percentil 18, demonstrando ainda competência acadêmica bastante deficitária. Nessa fase, os escores das crianças do GE foram maiores do que os das crianças do GC, entretanto, essa diferença entre os grupos não se mostrou significativa.

A comparação entre os diferentes momentos da avaliação indicou que o GE passou do P11, na fase de pré-intervenção, para P24 na fase de pós-intervenção e que o GC passou de P16 para P18. Na análise comparativa dos diferentes momentos de avaliação de cada grupo, os resultados mostraram que os professores consideraram que as crianças do GE apresentaram melhora significativa em sua competência acadêmica ($Z=2,3664$; $p=0,018$).

Com relação ao GC, nenhuma diferença significativa ($Z=0,2097$; $p=0,8339$) foi observada entre as avaliações.

A Tabela 21 apresenta os escores apresentados pelo GE, nas diferentes fases da avaliação, em cada um dos itens avaliados pela escala de competência acadêmica.

Tabela 21

Desempenho das Crianças do GE em cada item Avaliado pela Escala de Competência Acadêmica (SSRS-BR) nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento.

| Itens avaliados | Pré | Pós | Seg. |
|---|-----|-----|------|
| 1. Desempenho acadêmico geral | 18 | 20 | 17 |
| 2. Desempenho em Leitura | 17 | 23 | 19 |
| 3. Desempenho em Matemática | 20 | 21 | 19 |
| 4. Expectativa quanto ao desempenho em Leitura | 15 | 22 | 19 |
| 5. Expectativa quanto ao desempenho em Matemática | 19 | 20 | 18 |
| 6. Motivação geral | 13 | 23 | 17 |
| 7. Estímulo dos pais | 19 | 28 | 24 |
| 8. Funcionamento intelectual | 17 | 20 | 17 |
| 9. Comportamento geral (na sala de aula) | 13 | 17 | 16 |

Na pós-intervenção, a análise dos itens avaliados em competência acadêmica mostrou ganhos mais consideráveis em leitura (em comparação aos pares e em termos de expectativa para o nível ou grau), em motivação geral, em estímulo dos pais para o êxito acadêmico e comportamento geral em sala de aula.

Para o GE, na fase de seguimento, houve diminuição da posição percentil quando comparada à fase de pós-intervenção. Essa diminuição, entretanto, não representou mudança estatisticamente significativa, mas continuou indicando competência acadêmica bastante deficitária. A pequena melhora do GE na fase de pós-intervenção, quando comparado à fase de pré-intervenção, embora não represente mudanças em termos da classificação inicialmente obtida, ao menos oferece a perspectiva que essas crianças podem responder de maneira positiva quanto a mudanças nas contingências do ambiente familiar.

Avaliação realizada pelas crianças do GE e GC sobre seu próprio repertório de habilidades sociais

A avaliação feita pelas crianças do GE e GC sobre o seu próprio repertório de habilidades sociais, nos diferentes momentos de avaliação, pode ser vista na Figura 11.

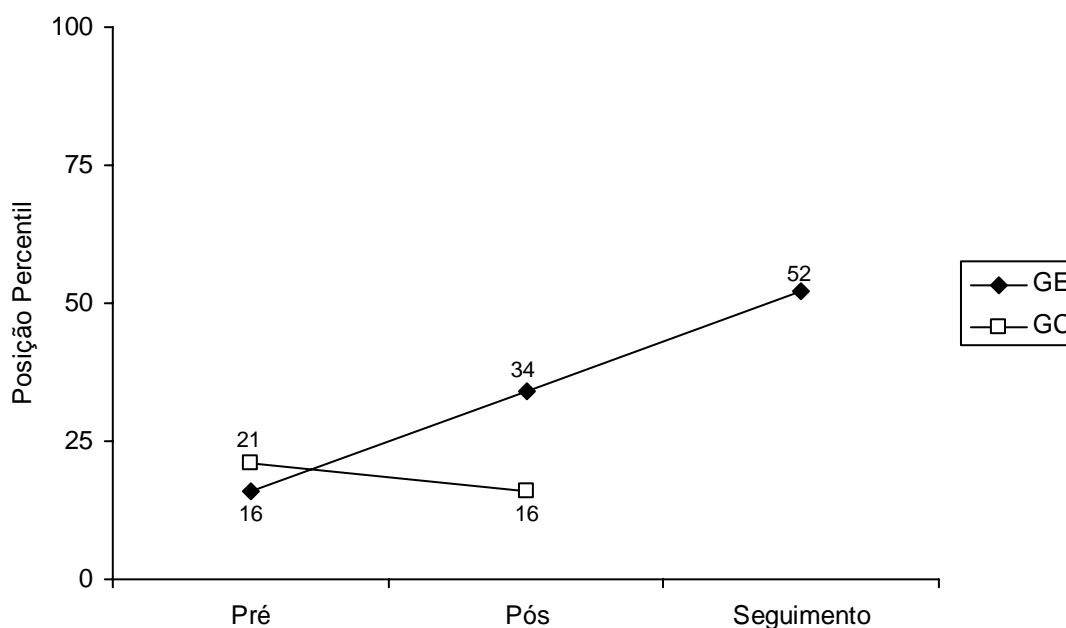


Figura 11. Percentil médio para o escore total das habilidades sociais nas avaliações feitas pelas crianças do GE e GC.

A avaliação inicial realizada pelas crianças mostrou que ambos os grupos eram iguais ($U=0,000$; $p=1,00$) com relação ao desempenho social. Na pós-intervenção, as crianças do GE consideraram que houve melhora no seu próprio desempenho, o que refletiu em diferença estatisticamente significativa ($U=2,1004$; $p=0,0357$) a favor do GE. Na fase de seguimento, as crianças consideraram que seu desempenho era ainda melhor, quando comparado à fase de pós-intervenção, porém não foi constatada mudança significativa entre essas avaliações.

Na comparação do escore total entre a pré e a pós-intervenção, foi observada mudança significativa para o GE ($Z=2,2014$; $p=0,0277$), mas não para o GC ($Z=0,3501$; $p=0,7263$). Esse dado é particularmente relevante, considerando que a intervenção foi feita com as mães e a pesquisadora não teve quase nenhum contato com as crianças.

A seguir (Tabela 22) será apresentada a comparação em percentis dos escores fatoriais obtidos nas fases pré, pós-intervenção e seguimento, segundo a avaliação das crianças.

Tabela 22

Percentil Médio das Crianças nos Fatores de Habilidades Sociais nas Fases de Pré, Pós-intervenção e Seguimento na Autoavaliação.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|--|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| F1 (Responsabilidade) | 8 | 14 | 25 | 10 | 9 |
| F2 (Empatia) | 45 | 70 | 70 | 46 | 46 |
| F3 (Assertividade) | 23 | 43 | 45 | 35 | 35 |
| F4 (Autocontrole) | 17 | 31 | 31 | 17 | 6 |
| F5 (Civildade) | 15 | 84 | 55 | 31 | 31 |
| F6 (Expressão de Sentimento Positivo) | 37 | 62 | 62 | 38 | 17 |

A análise em termos de percentis indicou que crianças do GE, na fase pré-intervenção, autoavaliaram-se com indicadores de repertório social deficitário na maioria dos fatores (F1, F3, F4 e F5). As crianças do GC autoavaliaram-se com repertório deficitário nos fatores F1 e F4 e bom repertório (abaixo da mediana) nos demais fatores. A análise realizada sobre a autoavaliação das crianças não identificou diferença significativa para qualquer dos fatores avaliados na fase pré-intervenção. A avaliação realizada após a intervenção revelou diferença significativa entre os grupos nos fatores F5- *Civildade* ($U=2,1529$; $p=0,0313$) e F6- *Expressão de Sentimento Positivo* ($U=2,5205$; $p=0,0117$) com o GE alcançando uma classificação indicativa de bom repertório em habilidades sociais (acima da mediana) nesses fatores.

A comparação dos valores percentis entre os diferentes momentos de avaliação mostrou que as crianças do GE, na fase pós-intervenção, passaram a apresentar posições indicativas de bom repertório (acima da mediana) para os comportamentos de *Empatia* (F2) e de *Expressão de Sentimento Positivo* (F6) e de repertório bastante elaborado para o de *Civilidade* (F5). No caso dos comportamentos de *Assertividade* (F3) e de *Autocontrole* (F4), os ganhos também revelaram mudança de posição percentil, indicando bom repertório de habilidades sociais (abaixo da mediana) nesses fatores. Não houve alteração na posição percentil apenas para o comportamento de *Responsabilidade* (F1).

A análise estatística confirmou essas mudanças entre os dois momentos da avaliação para os fatores F3 ($Z=1,9917$; $p=0,0464$), F5 ($Z=2,3664$; $p=0,018$) e F6 ($Z=2,0284$; $p=0,0425$). Na avaliação das crianças do GC, não foi constatada nenhuma mudança significativa quando foram comparados os escores da pré e da pós-intervenção.

Na fase de seguimento, observou-se que as crianças passaram a se considerar com melhor desempenho nos comportamentos de *Responsabilidade* (F1) e com menor competência nos comportamentos de *Civilidade* (F5). Com relação à posição percentil, essa avaliação acarretou mudança de posição percentil para os comportamentos de *Civilidade*, indicando que após quatro meses do término da intervenção, diferentemente da avaliação pós-intervenção, as crianças autoavaliaram-se com desempenho mediano. A análise estatística, entretanto, não apontou diferença significativa entre a pós-intervenção e o seguimento para esses comportamentos.

Avaliação do repertório de Habilidades Sociais Cotidianas das mães

Os resultados da avaliação do repertório de habilidades sociais das mães dos dois grupos, avaliados a partir do IHS-Del-Prette, na pré, pós-intervenção e seguimento estão apresentados na Figura 12.

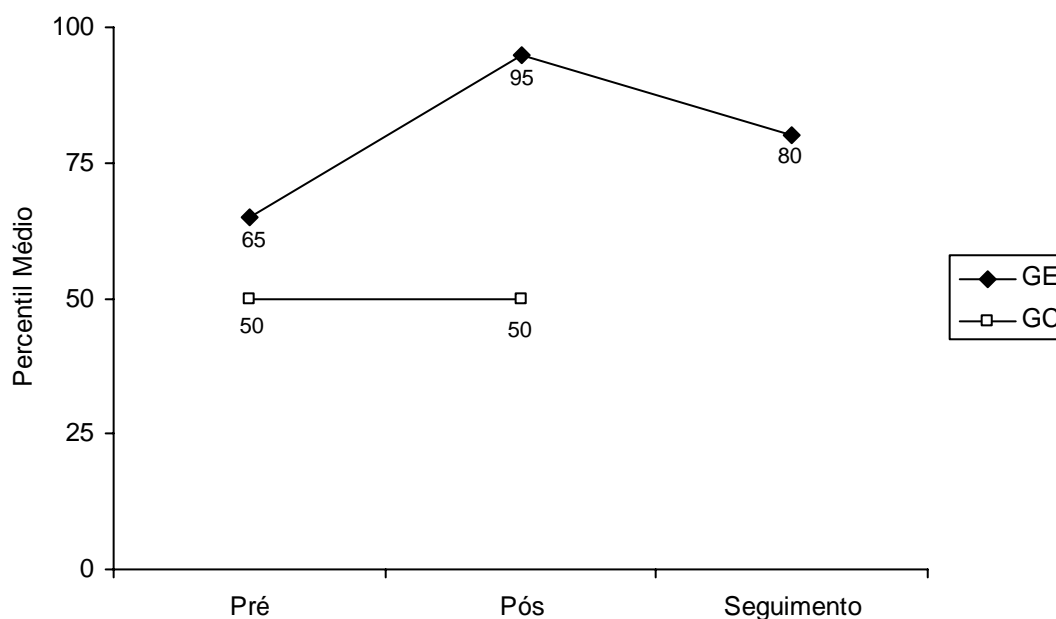


Figura 12. Percentil médio para o escore total do GE e GC nas fases de pré, pós-intervenção e seguimento no IHS-Del-Prette.

Considerando o percentil médio para o escore total de cada grupo, verificou-se que os grupos situaram-se em percentis na faixa entre P60(GE) e P55(GC), que corresponde a *bom repertório em habilidades sociais* (acima da mediana) na fase de pré-intervenção. A análise estatística apontou que o desempenho social das mães do GE e GC eram equivalentes ($U=0,3151$; $p=0,7527$). Após a intervenção, o GE situou-se em uma posição (P95) representativa de *repertório bastante elaborado em habilidades sociais* e o GC permaneceu em posição (P50) indicativa de *repertório mediano*. A análise estatística apontou diferença significativa entre os dois grupos ($U=2,258$; $p=0,0239$), com superioridade do GE.

Na comparação entre a pré e a pós-intervenção, foi possível verificar ganhos significativos ($Z=2,5205$; $p=0,0117$) para as mães do GE. Na fase de seguimento, a

diminuição na faixa de posição percentil não representou mudança estatística significativa ($Z=1,5403$; $p=0,1235$), nem tão pouco representou mudança na posição percentil alcançada pelo grupo, logo após a intervenção. Para o GC, os escores mantiveram-se semelhante entre pré e pós-intervenção, não sendo verificada mudança significativa entre os diferentes momentos da avaliação.

A comparação relativa aos percentis em cada um dos fatores, nas diferentes fases, pode ser visualizada na Tabela 23.

Tabela 23

Posição Percentil das Mães no Escore Total e nos Escores Fatoriais em Habilidades Sociais Cotidianas nas Diferentes Fases de Avaliação.

| Fatores avaliados | Percentil | | | | |
|--|-----------|-----|------|-----|-----|
| | GE | | | GC | |
| | Pré | Pós | Seg. | Pré | Pós |
| Fator 1 – Enfrentamento e autoafirmação com risco | 80 | 90 | 85 | 50 | 55 |
| Fator 2 – Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos | 65 | 95 | 90 | 50 | 60 |
| Fator 3 – Conversação e desenvoltura social | 55 | 70 | 70 | 50 | 60 |
| Fator 4 – Autoexposição a desconhecidos ou situações novas | 30 | 85 | 80 | 35 | 30 |
| Fator 5 – Autocontrole da agressividade em situações aversivas | 40 | 75 | 60 | 40 | 55 |

Com relação aos escores fatoriais, verificou-se que na pré-intervenção a posição do GE, em termos percentis, situava-se para F1 (P80) na faixa indicativa de *repertório de habilidades sociais bastante elaborado* e para F2 (P65) e F3 (P55) na faixa de *bom repertório em habilidades sociais*. Para os demais fatores, foi verificada uma posição indicativa de *repertório deficitário* para F4 (P30) e F5 (P40). Já o GC, obteve classificação indicativa de *repertório mediano de habilidades sociais* nos fatores F1(P50), F2(P50) e

F3(P50) e *repertório deficitário* nos fatores F4 (P35) e F5(P40). Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos em nenhum dos escores fatoriais.

Na fase de pós-intervenção, o GE, comparativamente ao GC, apresentou melhora em habilidades sociais nos fatores F1- *Enfrentamento e autoafirmação com risco* ($U=2,3105$; $p=0,0209$), F2- *Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos* ($U=1,9954$; $p=0,046$) e F4- *Autoexposição a desconhecidos ou situações novas* ($U=2,3105$; $p=0,021$) e F5- *Autocontrole da agressividade* ($U=2,0479$; $p=0,041$).

A comparação entre repertório inicial e final do GE mostrou que houve mudanças relevantes após o programa no escore total ($Z=2,5205$; $p=0,0117$) bem como nos fatores F1 ($Z=2,10004$; $p=0,0357$), F2 ($Z=2,3664$; $p=0,018$), F4 ($Z=2,2404$; $p=0,0251$), F5 ($Z=2,36640,00$; $p=0,018$), alcançando nesses fatores posição indicativa de *repertório bastante elaborado em habilidades sociais*. Para o GC, os escores mantiveram-se semelhante entre pré e pós-intervenção, não sendo verificada mudança significativa entre os diferentes momentos da avaliação.

Os resultados obtidos por meio do IHS-Del-Prette apontaram, portanto, que o programa contribuiu para melhoria do desempenho social das mães em situações cotidianas, produzindo mudanças no GE que não foram verificadas no GC. Nas habilidades de F3, embora tenham sido alvo de treinamento, não se verificou mudanças significativas, porém, considerando os escores das duas mães (M2 e M6) para as quais o treinamento foi direcionado a este fator, observou-se mudança positiva de escore, sugerindo ganhos decorrentes do programa.

Na fase de seguimento, com exceção do F3 (*Conversação e Desenvoltura Social*), houve oscilação nos valores dos escores dos demais fatores, sendo a diminuição mais acentuada no Fator 5 (*Autocontrole da Agressividade em Situações Aversivas*). Essas diminuições, entretanto, não representaram diferença estatística significativa e nem mudança na posição percentil alcançada pelo grupo logo após a intervenção. Esses dados sugerem que os ganhos alcançados na fase de pós-intervenção mantiveram-se ao longo do tempo.

Avaliação do repertório de Habilidades Sociais Educativas das mães

Para avaliar as habilidades sociais educativas, foram utilizados os instrumentos IHSE-autorrelato (IHSE) e Ficha para registro de frequência de habilidades sociais

educativas nas filmagens (FHSE). Os resultados obtidos a partir do IHSE-autorrelato nas fases pré, pós-intervenção e seguimento são apresentados a seguir.

A pontuação geral das habilidades sociais educativas, por meio do IHSE-autorrelato, apresentada pelas mães na interação com os filhos podia variar de 0 a 36. No presente estudo, a pontuação geral do GE variou de 08 a 32 e do GC de 06 a 30 na pré-intervenção. A análise estatística apontou que os grupos eram equivalentes, pois não foi constatada diferença significativa entre eles. Na fase de pós-intervenção, a pontuação do GE variou de 18 a 30 e a do GC de 5 a 30. A comparação estatística entre essas pontuações apontou que os grupos diferiram-se ($U=2,5205$; $p=0,0117$), com o GE apresentando melhor desempenho.

A análise entre a pré e a pós-intervenção revelou que houve mudança significativa para GE ($Z=2,5205$; $p=0,0117$), mas não para o GC ($Z=1,1531$; $p=0,2489$), sugerindo que o programa de treinamento foi efetivo para a melhora de habilidades sociais educativas das mães do GE. Na fase de seguimento, o GE apresentou estabilidade da pontuação, não sendo observada mudança significativa quando comparada à fase de pós-intervenção.

Para apresentação da pontuação e dos dados para avaliação funcional de cada uma das questões do IHSE-autorrelato, optou-se pelo agrupamento das questões seguindo as classes de habilidades sociais educativas.

A Figura 13 apresenta a pontuação alcançada pelo GE e GC nos diferentes momentos de avaliação e em cada uma das questões relacionadas à classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*, ou seja, essas questões tinham por objetivo conhecer como as mães organizavam materiais, contexto físico ou social para favorecer interação educativa.

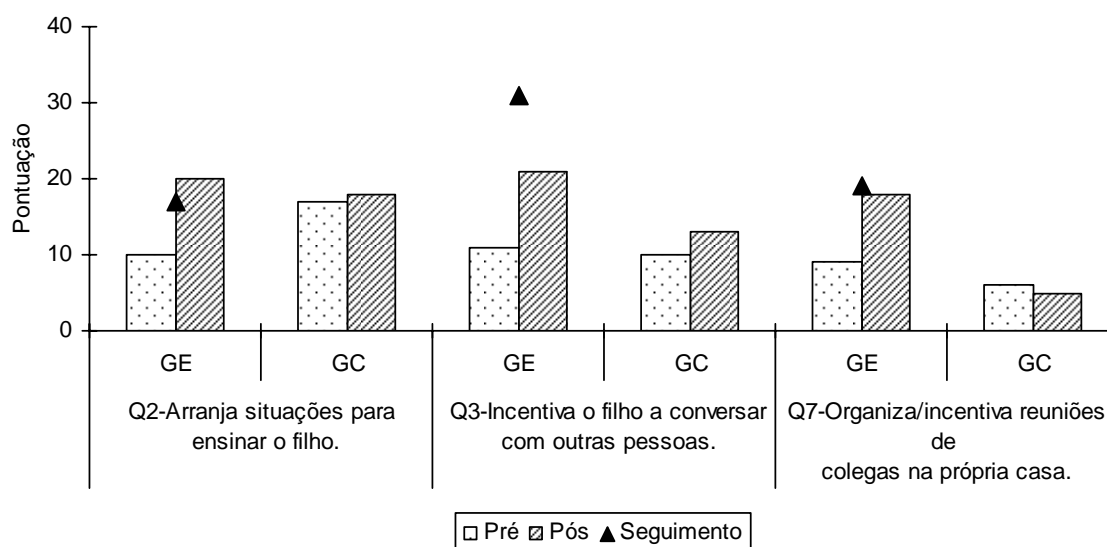


Figura 13. Pontuação do GE e GC nas questões Q2, Q3 e Q7 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação.

Considerando as pontuações na fase pré-intervenção, foi possível observar que o GE atingiu praticamente o mesmo nível de pontuação nas três questões. O GC apresentou desempenho similar ao GE na Q3 e maior pontuação na Q2. A questão Q7, com menor pontuação alcançada pelos dois grupos, referia-se aos comportamentos que indicavam as habilidades das mães em envolver as crianças em interações sociais, como iniciar uma conversa e trazer amigos para brincar com os filhos em casa. Na pós-intervenção, percebe-se que para o GE houve aumento de pontuação mais acentuada em todas as questões, quando comparado aos aumentos observados no GC. Na fase de seguimento, as mães do GE relataram aumento de frequência na Q3. Nas demais questões, a pontuação manteve-se praticamente inalterada entre as fases de pós-intervenção e seguimento.

As Tabelas 24, 25 e 26 apresentam, de forma resumida, os dados obtidos para a avaliação funcional dos comportamentos relativos à Classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*.

Tabela 24

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-intervenção na Q2: Arranjar Situações para Ensinar Comportamentos Sociais aos Filhos.

| Perguntas | Síntese das respostas |
|-------------------------|---|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Contato/disponibilidade de materiais (impresso, <i>on-line</i> , filme) que pudesse ser utilizado para ensinar comportamentos mais adaptativos aos filhos. |
| O que faz | Aquisição ou empréstimo de material escrito (livro, jornal e revistas) ou filmes que tivesse alguma relação com um comportamento frequentemente emitido pelo filho. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Pedem para a criança ler o material (todas as mães); • Sentam com a criança para que possam juntos ler o material ou assistir ao filme; (M7 e M5); • Questionam sobre o que a criança leu; • Se a criança desiste, não insistem... “deixa pra lá” (M2). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • A criança se recusa a ler ou ver o filme alegando que “começa as lições de moral” (M7); • Quando as mães leem para as crianças – estas não prestam atenção (não sabem falar sobre o que leram ou o que ouviram). |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • Desiste de buscar novos materiais. |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | Aquisição ou empréstimo de materiais escrito (livro, jornal e revistas) ou filmes que possam auxiliá-las na introdução de um assunto ou comportamento novo a ser ensinado ao filho. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Envolvem os amigos da vizinhança para ensinar comportamentos sociais; • Resumem o material para a criança – como um “contador de história”; • Questionam o que a criança pensa sobre o assunto – se concordar ou discordar não relacionam aos comportamentos previamente emitidos pela criança. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Questionam mais sobre o conteúdo do material (história ou filme); • Quando há discordância com a mãe, tentam defender seu ponto de vista; • Chegam mais rapidamente à conclusão sobre o que a mãe queria transmitir. |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • A mãe ouve a criança e até discordam, mas não tentam impor seu ponto de vista; • Elogia as respostas das crianças. |

Os dados apresentados na tabela referem-se apenas a cinco mães que realizaram a tarefa no decorrer da sessão, sendo que duas delas (M5 e M2) encontraram, respectivamente, material (reportagem) sobre honestidade (achar dinheiro e devolver) e sobre solidariedade e outras três aproveitaram esse mesmo material. As outras três (M1, M6, M7) alegaram não ter encontrado materiais pertinentes e também não quiseram utilizar o material. Para as mães que realizaram as tarefas de casa ou colocaram em prática

essa habilidade, no decorrer do programa, percebeu-se que a escolha do material passou a ficar sob controle do comportamento a ser ensinado e não mais para chamar atenção dos filhos sobre comportamentos indesejáveis previamente emitidos pela criança, na fala das mães “para dar uma alfinetada”. Na opinião das mães, contar informalmente a história ao invés de obrigar a criança a ler o material produziu resultados mais desejáveis como, por exemplo, o envolvimento maior da criança. Perceberam que não precisavam mais contar a “moral da história”, ou seja, a própria criança avaliava as possíveis consequências do comportamento em foco. Conforme relato das mães, a diminuição de imposição de ideias e de leituras diminuiu as afirmações, feitas pelas crianças, de que as mães ou os assuntos eram “chatos”, favorecendo a manutenção do comportamento das mães de buscar novos materiais.

Na fase de seguimento, os dados qualitativos obtidos, de modo geral, não trouxeram muitas novidades quando comparados à fase de pós-intervenção. Dois aspectos merecem destaque nessa fase: a) duas das três mães que, na fase anterior, não emitiam essa habilidade, passaram a fazê-la utilizando material sugerido pelo professor (M1) e por colega de trabalho (M6), e b) algumas mães (M2, M3, M4) relataram continuar utilizando a estratégia de “contador de histórias” não somente com materiais como livros, revistas e jornais, que eram de difícil acesso, mas também com cenas apresentadas na TV. Como consequência, as mães perceberam aumento na aceitação e atenção das crianças ao seu relato sobre os assuntos selecionados.

Tabela 25

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q3: Incentiva os Filhos a Iniciar ou Manter Interações com Outras Pessoas (Adultos e Crianças).

| Perguntas | Síntese das respostas |
|-------------------------|---|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Situação social (encontro ocasional ou planejado, atividade em grupo, recebimento de favor, presente, gentileza etc.) que demanda comportamentos iniciar e/ou manter interações sociais favoráveis. |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Solicita à criança cumprimentar/agradecer ou elogiar outros; • Pede à criança para solicitar (sem dar modelo ou instrução) sua participação na atividade que está sendo desenvolvida; • Em casa, não fornecem estímulos discriminativos ou consequentes aos comportamentos emitidos pelas crianças. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança não faz o comportamento especificado, comentam: “Larga de ser jacu” (M1), “Mostra que você tem educação” (M3); “Por favor, cumprimenta” (M6), “Ele é tímido, não sei mais o que eu faço com ele” (M7); • As solicitações são feitas na presença do interlocutor: “Fala oi” (M2), “Agradeça”, “Responde” (M5). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Fica bravo (Olha feio para a mãe; balança a cabeça negativamente); • Verbaliza para a mãe que não gostou (após o episódio); • Não atende à solicitação da mãe; • Sai de perto da mãe; • Atende à solicitação da mãe. |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança atende à solicitação, a mãe emite comportamentos com funções aversivas: “Doeu?” (M1); • Fala da importância do comportamento (longe das pessoas); • Em caso de negativa da criança – mostra as consequências aversivas do comportamento (longe das pessoas). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Quando possível, antes de sair de casa especificam o comportamento a ser emitido; • Apresentam modelo em casa sobre comportamento a ser emitido; • Apresentam consequências positivas após a emissão do comportamento esperado. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Dão dicas para a criança com expressões faciais; • Sugerem à criança o que falar; • Agradecem ou cumprimentam antes da criança (modelo). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • A criança emite os comportamentos sociais esperados; • Algumas ainda se recusam a falar e pedem para a mãe continuar (quando é para manter uma conversação). |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • Elogia a criança; • Relata a outras pessoas acontecimentos bons relacionados à criança. |

As modificações observadas entre a pré e a pós-intervenção diziam respeito, principalmente, a dar dicas para a criança sobre o comportamento esperado. Essa estratégia

favoreceu a diminuição da verbalização das mães (“é jacu”; “mostra que tem educação”), principalmente na presença de outras pessoas, que revelavam as inadequações das crianças em situações sociais. As mães também consideraram que quando elas iniciavam uma interação social para a criança, a participação das crianças tornava-se mais fácil, provavelmente em decorrência dos modelos fornecidos por elas.

Na fase de seguimento, a M1 relatou que a criança diminuiu as iniciativas de interação com outras pessoas, alegando que isso estava ocorrendo, principalmente, na presença das filhas mais velhas (irmãs) que falavam pela criança. Essa mãe percebeu ainda que ela, após o término do programa, havia diminuído as dicas que dava para a criança nessas situações de interação social. As demais mães afirmaram que continuavam a emitir os mesmos comportamentos.

Tabela 26

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q7: Organiza/Incentiva Reuniões de Colegas na Própria Casa.

| Perguntas | Síntese das respostas |
|--------------------------------|--|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Propõe ao filho trazer amigos em casa para brincar. |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Duas mães dizem incentivar ou organizar reuniões em casa, para poder monitorar mais de perto a crianças; • Duas dizem ocasionalmente organizar/incentivar reuniões; • As demais admitiram não emitir esse comportamento. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Aquelas mães que não incentivavam, simplesmente diziam “não” ou então recusavam pedidos dos filhos alegando “não querer bagunça em casa”; • Aquelas que incentivavam, diziam não ter problemas, achando que era um alívio ter alguém para fazer companhia ao filho e que na frente dos amigos os filhos se comportavam melhor (não desobedeciam). |
| Situações na qual há incentivo | <ul style="list-style-type: none"> • Aniversário e trabalho de escola: mães (M4, M6) que falaram incentivar ocasionalmente; • Referência genérica a “todos os dias” (M2 e M8). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecem o número de amigos e quais amigos podem trazer para casa, o que variou entre 1 e 2 amigos (M3, M2, M7); • Estabelecem o local e o tempo da visita. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Ajudam a criança a definir as brincadeiras e a ordem na brincadeira; • Combinam antecipadamente as regras (não se trancar no quarto, fazer guerras de almofada na sala, não destruir o vídeo-game); • Solicitam que o filho chame-as para intermediar conflitos (quando necessário). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Consegue brincar, sem provocar muitas confusões; • Fica mais “próximo das mães” – diz que ela é legal e conversa sobre o amigo, a brincadeira. |

Nessa questão, orientações quanto ao arranjo do ambiente de casa (arrumar lugar no quintal, alterar a disposição dos móveis) e incentivo a soluções encontradas pelas mães (número de amigos, duração da visita) foram primordiais para incentivá-las a emitirem esse tipo de comportamento. Inicialmente, alegavam não ter espaço para a criança brincar em casa (M3 e M6) e/ou que isso atrapalhava o bom andamento dos afazeres domésticos (M7). Os dados apresentados referem-se àquelas mães que responderam ocasionalmente emitir comportamentos denominados “mediar interações sociais”. Quando a resposta era “nunca”, as mães argumentavam sobre: (a) o perigo de interações com pessoas

desconhecidas (M5); (b) a facilidade da criança em fazer amigos, sendo dispensável a mediação da mãe (M4); (c) o fato das crianças provocarem brigas em situações de interação com amigos (M1) e (d) a impulsividade da criança nas conversas, principalmente, em termos de se intrometer em conversas, levando as mães a solicitar que a criança ficasse quieta (M1 e M5). Na fase de pré-intervenção, foi verificado que as mães restringiam seus filhos de contatos sociais. Na fase de pós-intervenção, as mães demonstraram mais empenho para mediar as interações e relataram perceber os efeitos positivos sobre a interação delas com os filhos e desses com os amigos.

Na fase de seguimento, a M5 disse ter feito um acordo com os parentes para incentivar encontros entre as crianças nos finais de semana. Com isso, percebeu que quando o filho tem crianças para brincar “ela (*a mãe*) descansa” (*sic*). Já a M6, passou a incentivar a visita de um amigo (final da tarde) para brincar com os jogos do computador. Os dados dessas duas mães revelam que elas passaram a incentivar interações da criança com outros dentro de condições consideradas por elas pertinentes, o que pode favorecer, a longo prazo, a manutenção desses comportamentos.

A Questão 1 (Q1) referia-se a classe *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*, buscando conhecer como as mães, utilizando ou não recursos visuais e/ou auditivos, apresentavam aos seus filhos os conteúdos de habilidades sociais (informações, conceitos, histórias). A Figura 12 apresenta os resultados dessa questão.

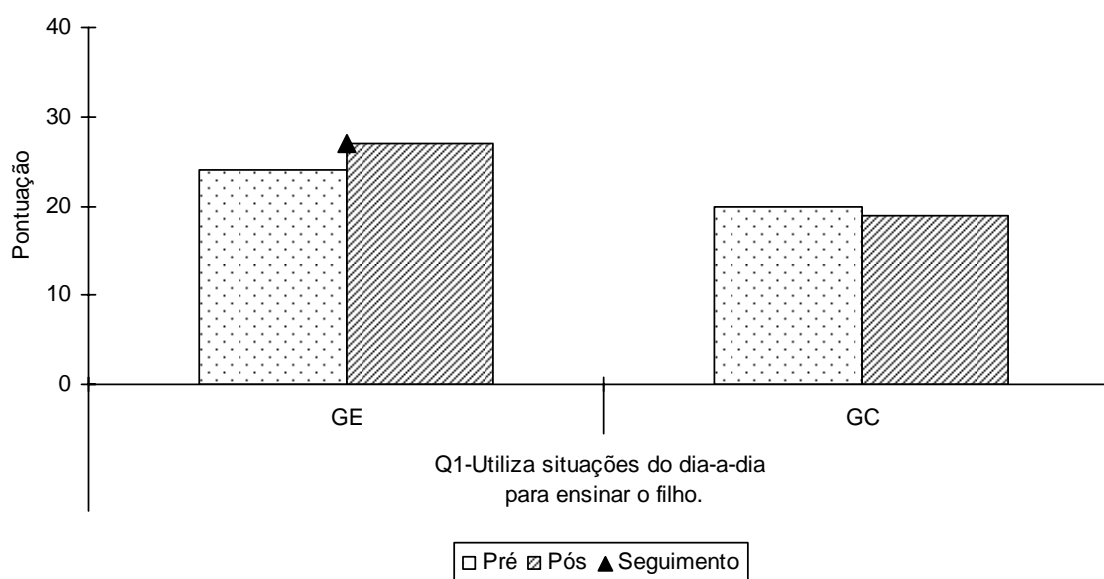


Figura 14. Pontuação do GE e GC na questão Q1 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação.

Nessa questão, as mães do GE atingiram uma pontuação superior ao GC na fase pré-intervenção. Na pós-intervenção, houve uma pequena redução para o GC e um ganho modesto para o GE e esse ganho manteve-se na fase de seguimento.

A Tabela 27 apresenta os dados obtidos na Q1, a partir das questões abertas.

Tabela 27

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-intervenção na Q1: Aproveitar Situações do Dia-A-Dia para Ensinar Comportamentos Sociais aos Filhos.

| Perguntas | Síntese das respostas | |
|-------------------------|---|--|
| | Fase de Pré-intervenção | |
| Em qual Contexto | <ul style="list-style-type: none"> • Frente a uma cena ou notícia, a mãe faz um comentário sobre comportamentos imorais, ilegais ou indesejados (roubar, matar, usar armas, brigar, desrespeitar o próximo, andar em má companhia etc.); • Frente a cenas, notícia ou comentário sobre comportamentos adequados. | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Chamam a atenção da criança para a cena- “Você viu?” (M1); “Presta atenção nisso” (M2). | |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Para comportamentos inadequados - Comentam sobre a notícia, cena ou comentário, descrevendo as consequências negativas e relacionando a algum comportamento passado ou com possibilidade de emissão futura pelos filhos: “Quer ficar como ele” (M3); “continua fazendo tal coisa... vai acontecer a mesma coisa com você” (M5); “Viu o que acontece quando.... eu não vivo te falando isso” (M4); • Para comportamentos adequados: fazem comentários que depreciam a criança: Ex: “Isso é filho”; “Porque você não faz como fulano, sempre tão gentil” (M6). | |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • A criança olha para a cena e posteriormente para a mãe e fica quieta (M2, M4, M5); • A criança olha a cena, interrompe a mãe e responde agressivamente “já sei”; “fica falando a mesma coisa” (M7); “problema dele/dela” e/ou sai do ambiente (M8). | |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • Gritar (M1, M7, M8); • Perguntar à criança se está ouvindo: “Tá me ouvindo?” (M2); • Desiste (M5). | |
| Fase de Pós-intervenção | | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Chamam a atenção da criança para a cena: “Você viu o que aconteceu?” (M2); “Você achou legal?” (M8). | |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Se o comportamento é inadequado: descrevem as consequências negativas para a pessoa; • Se o comportamento é adequado: ou descrevem as consequências positivas para a pessoa (M1, M2, M6) ou perguntam a opinião da criança sobre o comportamento e as consequências (M7 e M8). | |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Ouve (M1, M2, M6 e M5) e às vezes faz algum comentário em direção ao esperado pela mãe (M7 e M8). | |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • A mãe concorda com o comentário da criança: “isso mesmo, eu também acho” (M8); • Se a criança diz não sei ou fica quieta, a mãe faz um pequeno comentário dando sua opinião, por exemplo: “achei bem importante ele perguntar para o amigo se queria o sapato emprestado” (M3). | |

Nessa questão, apenas uma (M6) entre as dezesseis mães, na fase de pré-intervenção, verbalizou prontamente chamar atenção do filho para comportamentos adequados. Considerou-se como ganhos, na fase de pós-intervenção, o aumento na frequência de chamar atenção para comportamentos desejáveis, solicitar a opinião da criança e a diminuição de comportamentos que relacionavam os comportamentos de terceiros aos da criança, discursos longos e pressão para a criança ouvir ou falar (gritos e perguntas ofensivas como: “está surdo?”). Na fase de seguimento, não houve qualquer aspecto novo, quando comparado à fase de pós-intervenção, com as mães dando exemplos que demonstravam apenas variação nas situações que aproveitavam para ensinar algo aos filhos.

As questões do IHSE-autorrelato relativas à Classe *Estabelecer Limites e Disciplina* buscaram informações referentes aos comportamentos verbais e/ou não-verbais das mães que estabeleciam (justificavam, explicitavam, solicitavam, indicavam, sugeriam) regras ou normas ou valores. A Figura 15 apresenta a pontuação do GE e GC nas diferentes fases de avaliação.

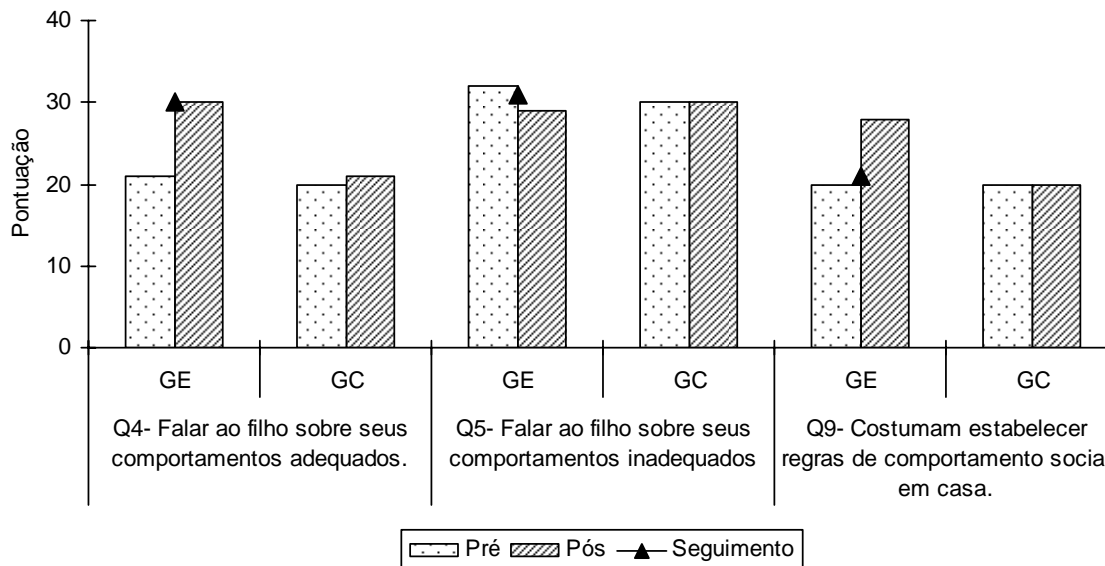


Figura 15. Pontuação do GE e GC nas questões Q4, Q5 e Q9 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação.

Na fase de pré-intervenção, observa-se que as mães dos dois grupos apresentavam maior frequência na Q5. Nas duas outras questões (Q4 e Q9), as pontuações foram similares nos dois grupos. Na fase de pós-intervenção, a pontuação do GC manteve-se

estável para as três questões, enquanto que as mães do GE apresentaram maior frequência de falar sobre comportamentos adequados dos filhos (Q4) e de estabelecer regras em casa (Q9) e diminuição no comportamento de falar ao filho sobre seus comportamentos inadequados (Q5). Na fase de seguimento, houve uma redução acentuada nos comportamentos de estabelecer regras em casa e pequeno aumento no comportamento de falar ao filho sobre seus comportamentos inadequados. Somente a pontuação obtida de Q4 permaneceu praticamente inalterada.

As Tabelas 28, 29 e 30 apresentam as questões que buscaram informações referentes à classe de habilidades sociais educativas, denominada *Estabelecer Limites e Disciplina*.

Tabela 28

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q4: Falar ao Filho sobre seus Comportamentos Adequados.

| Perguntas | Síntese das respostas |
|-------------------------|---|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Em qualquer situação de interação social, referir-se positivamente ao comportamento da criança e/ou à criança. |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Dizem palavras como “Parabéns”, “Muito bem” “Legal”, “Melhorou” (Todas as mães); • Beijos (M3); • Quando a criança conversa com outras pessoas: “É assim mesmo que faz” (M2); • Depois dos elogios, acrescentam o que ainda precisa ser melhorado no comportamento (M1). |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Em algumas ocasiões o fazem contingente ao comportamento; • Em outras ocasiões o fazem para comparar com um desempenho atual não satisfatório, por exemplo, “você cumprimentou as pessoas naquela festa, por que não fez isso hoje?” (M4). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Só melhora na hora (M2, M4, M5, M6, M8); • Não gosta muito de elogios (dá uma risadinha) (M2); • Fica contente só na hora (M3); • Nada, não muda nem o semblante (M7); • Nada, não muda a atitude (M1). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Prestam mais atenção aos comportamentos de interação social; • Elogiam o mínimo esforço para melhorar a interação com as pessoas (M3, M2, M6); • Faz contingente ao comportamento, mas não na presença dos outros (M6, M7, M1); • Descrevem o comportamento (<i>feedback</i>); • Solicita à criança fazer análise do desempenho (M8, M4); • Apresentam reforçadores contingentes ao comportamento. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Com contato físico e rosto mais sorridente |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Passou a apresentar mais comportamentos sociais adequados (M6, M4, M8, M1, M2); • Eles gostam, sorriem (Todos); • Alguns ainda falam: “Pára mãe...” (mães concordam que às vezes exageram nos elogios) (M6, M7, M1). |

Na fase de pré-intervenção, observou-se maior ênfase nos comportamentos acadêmicos do que nos sociais, justificando que as crianças não apresentavam muitos comportamentos adequados nessas situações. As verbalizações das mães (o que fazem) mostram prevalência de elogios quando comparado a *feedbacks*. Assim como observado em questões anteriores, os elogios eram acompanhados de verbalizações que sugeriam

críticas. Esse comportamento das mães produzia efeitos somente imediatos e não alteravam a frequência dos comportamentos em situações posteriores.

Na fase de pós-intervenção, as mães passaram a discriminar comportamentos sociais passíveis de verbalizações de elogios e de *feedbacks*. Houve também mudança quanto à expectativa do comportamento a ser conseqüenciado, ou seja, as mães (M3, M2, M6) passaram a reforçar também os pequenos progressos apresentados pelas crianças. As mães (M1, M2, M4, M6 e M8) relataram, ainda, que seus filhos passaram a apresentar mais comportamentos sociais (cumprimentar, elogiar, dar licença, aceitar ordens) e perceberam (M1, M6, M7) a necessidade de reforçamento diferencial, isto é, nem sempre apresentavam comportamentos passíveis de elogio, assim alguns eram reforçados e os outros não (eram ignorados).

Na fase de seguimento, as mães (M1, M5 e M6) afirmaram ter diminuído muito os elogios, por “esquecimento”. A mãe (M8) disse ter diminuído muito os reforçadores arbitrários (carrinhos) e aumentado os elogios verbais. As demais mães afirmaram que continuavam emitindo os mesmos comportamentos que haviam aprendido no grupo, tais como: descrever os comportamentos adequados, elogiar qualquer comportamento considerado adequado e fornecer reforçadores arbitrários quando uma determinada atividade a ser realizada pelo filho (por exemplo, estudar um texto extenso) exigia muito esforço.

Tabela 29

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q5: Falar ao Filho Sobre seus Comportamentos Inadequados.

| Perguntas | Síntese das respostas |
|-------------------------|---|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Em qualquer situação de interação social, referir-se negativamente ao comportamento da criança e/ou à criança. |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Mostram as consequências aversivas prováveis ou contingentes ao comportamento; • Retiram privilégios e/ou punem a criança (verbal e fisicamente) (M1, M7, M8); • Lançam mão de xingamentos “capeta, demônio, infeliz” (M1); • Exigem que a criança peça desculpas (quando é o caso) (M3, M4); • Ameaça que irá denunciar o filho ao conselho tutelar (M7); • Retiram a criança da situação (M2); • Falam sobre os sentimentos negativos (vergonha) provocados pelo comportamento da criança (M1, M6, M7, M8). |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Falam de forma “bruta” (entonação de voz alterada e ríspida) ao falar sobre o comportamento; • Falam diante da pessoa que foi alvo do comportamento indesejável emitido pela criança. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Obedece (melhora por uns tempos); Responde; Grita ; Culpa os outros; Não muda nada; Não faz nada – fica quieto; Fica cabisbaixo (não responde nada). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Mostram as consequências aversivas prováveis ou contingentes ao comportamento; • Retiram privilégios (M3, M1, M6, M7, M8); • Expressam os sentimentos (tristeza, aborrecimento, braveza) como uma forma da criança perceber a reação que provoca no outro (mãe); (M5, M4); • Retiram-se da situação ou deixam passar um período de tempo para conversar com a criança sobre o comportamento indesejável; • Às vezes ainda “escapam uns palavrões e umas palmadas” (M1, M7 e M8). |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Tentam usar tom de voz mais apropriado (M1, M5, M7, M8); • Perguntam o que aconteceu antes de punir (M3, M1, M6, M7, M8); • Mostram alternativas de comportamento. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Tentam fazer como solicitado pela mãe (nem sempre conseguem); • Saem da situação para evitar problemas. |

Os comportamentos das mães, descritos na fase de pré-intervenção, eram emitidos geralmente em situações nas quais os filhos provocavam ou brigavam com os colegas, intrometiam-se nas conversas, desprezavam o trabalho dos colegas, chantageavam (manipulavam) os amigos, não admitiam erros e agrediam fisicamente (atiravam objetos) os familiares (irmãos). Observa-se que, na fase de pré-intervenção, as mães utilizavam várias estratégias aversivas para controlar o comportamento dos filhos. As crianças, por

sua vez, comportavam-se de forma agressiva ou de forma passiva frente às represálias das mães. Na fase de pós-intervenção, os comportamentos das crianças ficaram mais caracterizados como passivos diante dessas represálias, enquanto as mães diziam tentar minimizar comportamentos com função de acusação ou punição e maximizar outros com função de ensinar/educar, mostrando alternativas de comportamento mais adequado. Na fase de seguimento, as mães foram unânimes em afirmar que continuavam chamando excessivamente a atenção das crianças para os comportamentos inadequados, principalmente aqueles relacionados ao estudo.

Tabela 30

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q9: Estabelecer Regras para Emissão de Comportamentos Sociais.

| Perguntas | Síntese das Respostas |
|-------------------------|--|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Situações que exigem aumento ou manutenção da emissão de certos comportamentos |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecem com maior frequência regras para tarefas domésticas e escolares; • As regras de convivência estabelecidas são: não bater no irmão; não gritar; cumprimentar, despedir-se, avisar antes de sair de casa; não tocar nas pessoas quando conversam, não se intrometer em conversas. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Determinam sozinhas ou com o marido o horário de estudo e atividades domésticas dos filhos; • Determinam as consequências quando os filhos não cumprem as regras (retirada de reforçadores positivos); • Determinam regras para interações sociais, mas são menos rígidas com o cumprimento dessas regras do que com as outras duas regras. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Não obedece. |
| Reação da mãe | <ul style="list-style-type: none"> • Insistem com maior frequência nas regras relativas ao comportamento escolar; • Se a crianças não obedecem, a mãe grita e ameaça: “Só assim funciona com ele” (M1). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Mantiveram as regras relativas a tarefas e atividades domésticas; • Ampliaram as regras de convivência social: esperar o outro terminar de falar (M3); elogiar a irmã (M1); apresentar-se (M8); buscar informações (M6). |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Negociam regras com as crianças; • Chamam atenção para regras pré-estabelecidas; • Apresentam contingências positivas ao seguimento de regras; • Apresentam consequências (punição ou retirada de reforçadores positivos) quando ocorre o não cumprimento às regras (esporadicamente); • Discutem os motivos do não cumprimento à regra; • Especificam o comportamento a ser seguido. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Obedecem com maior frequência às regras estabelecidas, embora nem todas estivessem sendo cumpridas. |

Observou-se que as regras de convivência social, na fase de pré-intervenção, na verdade era apenas a especificação do comportamento, sem estabelecer as consequências para seu cumprimento. Além disso, havia pouca descrição do comportamento esperado, eram regras genéricas que não sinalizavam exatamente o que as crianças deveriam fazer. Após a intervenção, as mães relataram passar a especificar e dar modelos para o comportamento esperado e a reforçar as tentativas ou cumprimento das regras. Já na fase de seguimento, houve diminuição acentuada desses comportamentos. O relato das mães

(M3, M4 e M8) evidenciou que os filhos estavam seguindo as regras e, portanto, não havia necessidade de ficar relembando. Apenas a M6 alegou ter diminuído porque não estava tendo efeitos, assim procurava impor as regras invés de negociá-las.

Na Figura 16 estão expostas as pontuações obtidas pelas mães do GE e GC na classe de habilidades sociais educativas de *Monitorar Positivamente*, que diz respeito aos comportamentos verbais do educador envolvidos em administrar contingências sobre o comportamento diretamente observável (apresentar consequências reforçadoras para comportamentos sociais desejáveis imediatamente observáveis) ou sobre comportamento relatado pelo educando (estabelecer condições de maior acesso a comportamentos do educando (passados ou futuros) reunindo informações e/ou consequenciando relatos).

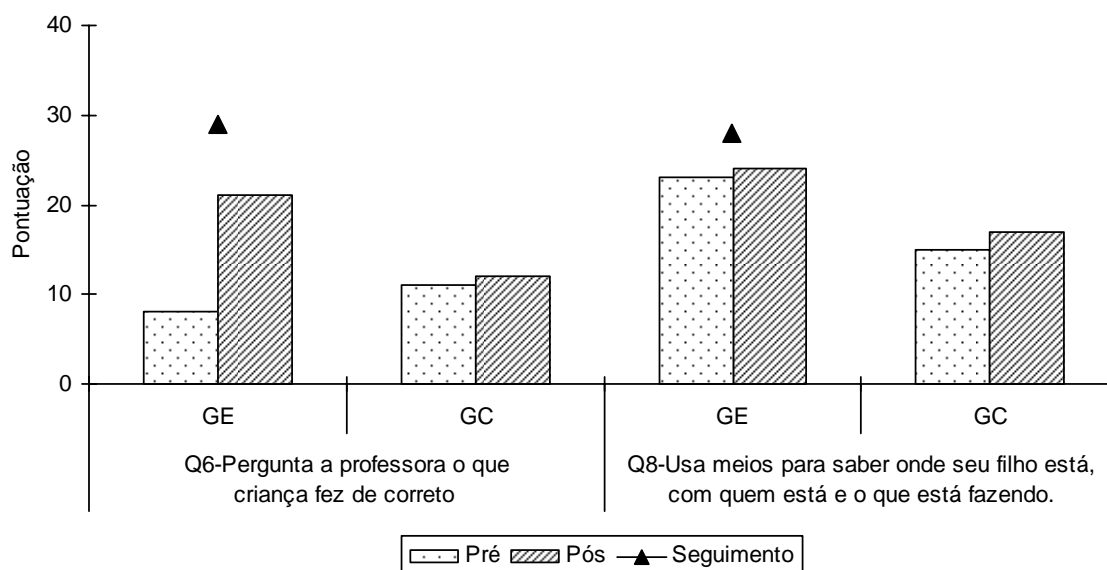


Figura 16. Pontuação do GE e GC nas questões Q6 e Q8 do IHSE (autorrelato) nas diferentes fases de avaliação.

Na fase de pré-intervenção, observou-se que o comportamento descrito na Q6 ocorria com menor frequência para os dois grupos, quando comparado aos descritos na Q9. Após a intervenção, verificou-se aumento na frequência da Q6 que continuou ocorrendo também na fase de seguimento. O empenho das mães nesse tipo de comportamento pode representar uma mudança de postura ao indagar sobre comportamentos adequados invés de inadequados, tão prevalentes na nossa cultura. No caso da Q9, os ganhos foram menos acentuados na fase de pós-intervenção, porém na fase de seguimento esse desempenho

continuou melhorando. No caso do GC, também se observou ganhos entre os dois momentos da avaliação, porém esses foram menores do que os alcançados pelo GE.

As Tabelas 31 e 32 referem-se a comportamentos das mães que podem ser incluídos na classe *Estabelecer Limites e Disciplina*.

Tabela 31

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q6: Perguntar ao Professor o que a Criança faz Corretamente.

| Perguntas | Síntese das Respostas |
|-------------------------|--|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Em situações em que é chamada ou espontaneamente vai à escola, costuma perguntar sobre os comportamentos adequados da criança. |
| O que fazem | <ul style="list-style-type: none"> • Algumas disseram que já perguntaram, mas a professora não “sabe falar sobre alguma qualidade da criança” (M4); • A maioria disse não perguntar, pois sempre que chegam à escola já está pronta “uma lista de reclamações” (M7). |
| Como fazem | <ul style="list-style-type: none"> • Fazem pergunta direta: “no que ele está se saindo bem?” (M2); • Fazem alguma referência ao que a criança contou, por exemplo, que ficou quieto na palestra sobre dengue (M4). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Frente ao comentário da mãe (sobre o relato dos comportamentos adequados feito pelos professores) as crianças “dão uma risadinha”; • Questionam a mãe: “Não falei que tinha melhorado nisso” (M2). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que fazem | <ul style="list-style-type: none"> • Perguntam diretamente, usando a primeira estratégia citada na fase de pré-intervenção; • Depois de ouvir as reclamações, perguntam se a criança melhorou em alguma coisa. |
| Como fazem | <ul style="list-style-type: none"> • Usam tom de voz firme e moderado; • Explicam que é importante saber também em quais aspectos o filho está bem. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • As crianças ficam felizes; • Repetem as reações descritas na fase de pré-intervenção. |

Nessa questão, a maioria das mães afirmou não ter coragem de perguntar sobre algum comportamento adequado da criança, porque a escola já vinha com uma lista de comportamentos inadequados. Ficavam com receio de ouvir um “nada”. Aquelas mães que disseram emitir tal comportamento, confirmaram a dificuldade da escola (professores, orientadores) em verbalizar algo positivo sobre a criança (*sic*: “tem que tirar com saca-rolhas”), porém o fato de acharem importante a escola reconhecer as (poucas) qualidades das crianças fazia com que elas mantivessem esse tipo de pergunta na escola. Como estratégia, essas mães comentavam com a professora um episódio que havia sido contado

pela criança em casa e que demonstrava um bom comportamento apresentado por ela na escola, por exemplo, ter ficado quieta na palestra sobre a dengue.

Os dados de pós-intervenção refletem que experiências anteriores de algumas mães serviram de modelo para as demais (M1, M3, M5, M8) que verbalizavam estar utilizando a mesma estratégia com os professores de seus filhos. A adoção dessa estratégia permitiu que o treinamento dessa habilidade privilegiasse mais enfaticamente os componentes não-verbais (postura corporal e entonação de voz) que as mães deveriam apresentar ao falar com o professor.

Quatro meses após o término da intervenção, todas as mães afirmaram que continuavam perguntando frequentemente ao professor sobre os comportamentos adequados dos filhos. A M2 disse que aumentou a frequência desse comportamento, porque acreditava que no início do ano letivo, enquanto o professor ainda não “pegou birra” (sic) da criança, era uma boa ocasião para enfatizar os aspectos positivos do comportamento da criança. As outras mães afirmaram que estavam participando mais na escola e procurando mais oportunidades para conversar com os professores. Durante essas conversas tentavam utilizar a estratégia de fazer comentários sobre algum comportamento positivo apresentado pela criança na escola. As mães, de maneira geral, consideraram também que tinham mais chances de falar sobre os comportamentos positivos dos filhos no início do ano letivo, porque as reclamações nessa época são menos numerosas e frequentes.

Tabela 32

Dados Obtidos nas Fases de Pré e Pós-Intervenção na Q8: Usar Meios para Saber Onde seu Filho Está, com Quem Está e o que Está Fazendo.

| Perguntas | Síntese das respostas |
|-------------------------|---|
| | Fase de Pré-intervenção |
| Em qual Contexto | Quando o filho sai de casa, a mãe busca informações sobre os amigos ou vai até o local saber o que está fazendo |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Fazem perguntas referentes aos comportamentos do filho (“ele está se comportando?”) ao amigo que está próximo ao filho ou ao dono de estabelecimento ou da casa onde o filho está (desconsidera a criança como informante); • Chamam a atenção do filho e ameaçam retirá-lo do local onde está se não se comportar direito; • Chamam o filho para ir embora (quando tem muita reclamação). |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Telefonam se está na casa de algum conhecido; • Vai até o local onde está (rua, <i>cyber</i>, campinho de futebol). |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • “Dá tapinhas” no amigo que o denuncia para a mãe (M7); • Diz ao amigo que este é “cagueta” (aquele que denuncia); • Pedem às mães para deixá-los permanecer no local por mais um tempo; • Respondem agressivamente às mães; • Quando a mãe obriga a se retirar da situação, os filhos saem rapidamente e não esperam para ir embora junto com a mãe (andam ou correm à frente). |
| Fase de Pós-intervenção | |
| O que faz | <ul style="list-style-type: none"> • Pergunta ao filho se está tudo bem; • Observa durante algum tempo. |
| Como faz | <ul style="list-style-type: none"> • Ficam de longe olhando, nem sempre se deixam “ser vistas” pelos filhos; • Quando os filhos as veem: dão um “tchauzinho” para o filho; • Se observarem alguma coisa errada, perguntam ao filho o que está acontecendo e tenta intermediar a situação. |
| Reação da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Permanecem mais tempo no local/atividade (provavelmente não estão provocando tanta confusão); • Quando veem a mãe observando, não ligam e não brigam com as mães. |

Observou-se que os comportamentos de monitoria eram mais frequentes dentro de casa por dois motivos: (a) as mães não deixavam a criança muito tempo sozinhas, sem dar uma “olhada” para evitar destruições e acidentes e (b) raramente deixavam as crianças sair de casa para evitar confusões com colegas, primos etc. Na fase de pré-intervenção, a busca de informações sobre “o que os filhos estavam fazendo” junto aos companheiros do filho ou proprietário de estabelecimentos (onde as crianças estavam) e nunca aos próprios filhos, mesmo eles estando presentes na situação. Essa atitude das mães gerava confusões entre a criança e o companheiro, quando esses últimos relatavam às mães algum comportamento

indesejável da criança. As mães (M1, M3, M5, M6, M8) diziam fazer desta forma porque os filhos não “contavam a verdade”.

Na fase de pós-intervenção, as mães começaram a observar mais e perguntar menos para verificar o que de fato estava acontecendo e somente intermediavam se percebiam algo inadequado, por exemplo: uma mãe comentou que o filho estava brigando com outro menino porque este jogava sua bolinha de gude com muita força e achava que poderia quebrar a tal bolinha (rara, relíquia para a criança). A mãe interveio da seguinte forma: “Por que estão discutindo? E se cada um jogasse só com as suas bolinhas, sem pegar a do outro? Aí se quebrar, cada um quebrou a sua. Aquelas bolinhas que não têm problema de emprestar (*as menos preferidas pelas crianças*), aí empresta”. Atitudes desse tipo contribuíram para a diminuição de conflitos entre mães e filhos e entre filhos e pessoas presentes no local.

Nessa questão, a avaliação de seguimento não mostrou qualquer novidade, quando comparado a pós-intervenção em relação ao que e como as mães o faziam, porém os dados evidenciaram aumento na frequência desses comportamentos.

A seguir são apresentados os dados da Observação Direta (filmagem) obtidos durante as situações de atividade livre e estruturada nas diferentes fases de avaliação (pré, pós-intervenção e seguimento). Na Tabela 33 é apresentada a frequência total das habilidades sociais educativas, apresentada pelo GE e GC em cada uma das classes, nos diferentes tipos de atividades e nas diversas fases de avaliação.

Tabela 33

Frequência Total de Habilidades Sociais Educativas nas Filmagens em Cada uma das Classes Avaliadas, nos Diferentes Tipos de Atividades e Momentos da Avaliação.

| Classes | Grupos | Atividade Livre | | | Atividade 1 | | | Atividade 2 | | | Atividade 3 | | |
|--|--------|---|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|
| | | Pré | Pós | Seg | Pré | Pós | Seg | Pré | Pós | Seg | Pré | Pós | Seg |
| | | Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo | GE | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | GC | 4 | 4 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| Estabelecer Limites e Disciplina | GE | 9 | 6 | 6 | 15 | 21 | 16 | 20 | 11 | 6 | 7 | 7 | 6 |
| | GC | 1 | 1 | - | 10 | 13 | - | 12 | 12 | - | 8 | 9 | - |
| Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais | GE | 2 | 13 | 7 | 16 | 17 | 16 | 17 | 27 | 17 | 8 | 15 | 12 |
| | GC | 5 | 4 | - | 17 | 14 | - | 20 | 20 | - | 8 | 10 | - |
| Monitorar Positivamente | GE | 4 | 9 | 7 | 11 | 23 | 22 | 23 | 30 | 21 | 8 | 6 | 13 |
| | GC | 4 | 6 | - | 12 | 14 | - | 15 | 12 | - | 10 | 8 | - |

Os dados da Tabela 33 mostram que na pré-intervenção foi registrada maior frequência de comportamentos nas atividades estruturadas do que na atividade livre. Na comparação das três atividades estruturadas, observou-se maior frequência na Atividade 2 e menor na Atividade 3. Esses dados mostram que essas atividades, como hipotetizado anteriormente, aumentam a probabilidade de emissão das habilidades sociais educativas e permitem avaliação mais acurada do repertório das mães.

Considerando ambos os grupos, constatou-se frequência mais alta nos comportamentos da classe *Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais* e *Monitorar Positivamente*, seguido pela classe *Estabelecer Limites e Disciplina* e taxas mais baixas na classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*.

Dentre as trinta e duas subclasses pré-estabelecidas pelo sistema de categorias, não foram registradas (não ocorreram) durante a pré-intervenção as subclasses: *Parafrasear*; *Utilizar Atividade em Curso para Introduzir um Tema*, *Resumir Comportamento Emitido*; *Demonstrar Empatia*, *Remover Evento Aversivo*, *Estabelecer Sequência de Atividade*, *Arranjar Ambiente Físico*, *Organizar Materiais* e *Mediar Interação*.

A análise estatística das frequências de habilidades sociais educativas apresentadas pelas mães dos dois grupos não revelou diferença significativa entre eles em nenhuma classe ou subclasse avaliada na fase de pré-intervenção.

Na fase de pós-intervenção manteve-se a tendência observada na fase de pré-intervenção com as mães dos dois grupos, emitindo mais comportamentos relacionados à classe *Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais* e *Monitorar Positivamente*, seguido pela *Estabelecer Limites e Disciplina* e, finalmente, pela classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*. Nessa fase, observou-se também frequências mais altas nas atividades estruturadas quando comparadas à atividade livre. A comparação entre os grupos mostrou diferença significativa entre eles somente na classe *Monitorar Positivamente* ($U=2,4155$; $p=0,0157$), mostrando que nas demais classes os ganhos do GE não foram suficientes para diferenci-lo significativamente do GC.

Os dados da fase de seguimento mostraram que houve redução na frequência dos comportamentos em todas as classes, com reduções mais acentuadas nas classes *Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais* e *Estabelecer Limites e Disciplina*. Essa redução, entretanto, não refletiu mudança significativa entre a pós-intervenção e o seguimento para nenhuma das classes.

A Tabela 34 apresenta a frequência demonstrada pelos grupos em cada uma das subclasses nas diferentes fases da avaliação.

Tabela 34

Frequência dos Comportamentos Apresentada pelas Mães do GE e GC em Cada uma das Subclasses nas Diferentes Fases de Avaliação.

| Classes | Comportamentos Observados | GE | | | GC | |
|---|--|-----|------|-----|-----|-----|
| | | Pré | Pós | Seg | Pré | Pós |
| Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo | Organizar materiais | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Alterar distância/proximidade | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 |
| | Arranjar ambiente físico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mediar interações (indicar comportamento a ser emitido em relação ao colega, familiares) | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Estabelecer Limites e Disciplina | Descrever/justificar comportamentos desejáveis | 9 | 15** | 9 | 7 | 4 |
| | Descrever/justificar comportamentos indesejáveis | 6 | 6 | 4 | 11 | 7 |
| | Negociar regras | 5 | 13 | 7 | 4 | 4 |
| | Chamar atenção para normas pré-estabelecidas | 7 | 5 | 8 | 2 | 2 |
| | Pedir mudança de comportamento | 7 | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | Interromper comportamento | 17 | 5 | 3 | 6 | 13 |
| Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais | Fazer perguntas de sondagem ou desafio | 11 | 15 | 10 | 13 | 18 |
| | Parafrasear | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| | Apresentar objetivos | 8 | 9 | 7 | 9 | 6 |
| | Estabelecer relações entre comportamento, antecedente e consequência | 3 | 7 | 5 | 4 | 4 |
| | Apresentar informação | 6 | 5 | 3 | 3 | 2 |
| | Apresentar modelo | 4 | 7 | 3 | 6 | 2 |
| | Explorar recurso lúdico-educativo | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 |
| | Apresentar instruções | 5 | 14 | 13 | 10 | 13 |
| Monitorar Positivamente | Apresentar dicas | 3 | 8 | 4 | 3 | 3 |
| | Manifestar atenção a relato | 5 | 5 | 9 | 3 | 5 |
| | Obter informações | 10 | 8 | 8 | 3 | 3 |
| | Expressar concordância | 7 | 10 | 8 | 6 | 4 |
| | Apresentar <i>feedback</i> positivo | 1 | 6 | 5 | 0 | 1 |
| | Elogiar | 6 | 13* | 10 | 9 | 6 |
| | Incentivar | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| | Demonstrar empatia | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| | Expressar discordância/reprovação | 14 | 8* | 12 | 17 | 18 |
| Promover a autoavaliação | 1 | 10* | 3 | 1 | 0 | |
| Estabelecer Sequência de atividades | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | |

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Comparando o desempenho dos grupos na fase de pós-intervenção em cada subclasse, observou-se na classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo* maior frequência de comportamentos na subclasse *Alterar distância/proximidade*. Somente no GE foram registrados comportamentos relativos à subclasse *Mediar interação*, com indicações pelas mães de comportamentos a serem emitidos em relação ao interlocutor. A comparação estatística entre os dois grupos não mostrou diferença significativa entre ambos na pontuação geral e nem nas pontuações das subclasses nessa fase.

Para a classe *Estabelecer Limites e Disciplina*, as mães do GE apresentaram maior frequência nas subclasses *Descrever/justificar comportamentos desejáveis e Negociar regras*, enquanto que no GC observou-se maior frequência para a subclasse *Interromper comportamento* e *Descrever/justificar comportamentos indesejáveis*. Nessa classe, a análise estatística mostrou que os grupos diferiram-se na subclasse *Descrever/justificar comportamentos desejáveis* ($U=2,5205$; $p=0,0117$).

Considerando a classe *Transmitir ou Expor Conteúdos de Habilidades Sociais e Monitorar Positivamente*, os dois grupos apresentaram maior frequência nas subclasses *Fazer perguntas de sondagem ou desafio* e *Apresentar instruções* e menor frequência na subclasse *Explorar recurso lúdico-educativo*. Os dados de cada grupo mostram ainda que as mães do GE demonstraram maior frequência nos comportamentos de todas as subclasses, porém esse desempenho apresentado pelo GE não representou diferença significativa entre os grupos em nenhuma das subclasses.

Na classe *Monitorar Positivamente*, os dois grupos apresentaram alta frequência nas subclasses *Expressar discordância/reprovação*. Com exceção das subclasses *Manifestar atenção ao relato* e *Obter informações*, observou-se que o GE apresentou taxas mais altas em todas as subclasses, principalmente nas subclasses *Promover autoavaliação*, *Expressar concordância* e *Elogiar*. A análise estatística apontou diferença entre os grupos nas subclasses *Elogiar* ($U=2,1004$; $p=0,0357$); *Promover autoavaliação* ($U=2,1004$; $p=0,0357$) e *Expressar discordância e reprovação* ($U=2,1634$; $p=0,0305$).

A comparação estatística da frequência total entre os dois momentos da avaliação indicou diferença significativa para o GE nas classes *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais* ($Z=2,3664$; $p=0,018$) e *Monitorar Positivamente* ($Z=2,0284$; $p=0,042$). O GC não se diferiu da sua condição inicial em nenhuma das classes de habilidades sociais educativas.

A análise comparativa entre os diferentes momentos da avaliação mostrou que para o GC não houve mudanças significativas em nenhuma das subclasses. No caso do GE, não foram observadas mudanças significativas para nenhum dos comportamentos da classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo* (ECPE). Entretanto, na classe *Estabelecer Limites e Disciplina* (ELD) foi observado que as mães do GE passaram a apresentar, significativamente, menor frequência nos comportamentos de *Interromper Comportamentos* dos filhos ($Z=2,2509$; $p=0,0244$) e *Pedir Mudança de Comportamento* aos mesmos ($Z=2,2014$; $p=0,0277$) e aumento na frequência de *Negociar Regras* ($Z=2,2014$; $p=0,0277$).

Na classe *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*, não houve mudança significativa em nenhuma das subclasses para o GC, com os resultados indicando pequenas oscilações de frequência. No GE, em contrapartida, observou-se aumento da frequência em todas as subclasses, porém esse grupo somente diferiu-se da sua condição inicial na subclasse *Apresentar Instrução* ($Z=2,3664$; $p=0,0277$).

Na classe *Monitorar Positivamente*, a comparação entre os dois momentos da avaliação apontou que as mães do GE passaram a *Elogiar* mais suas crianças na fase de pós-intervenção ($Z=2,2014$; $p=0,0277$) e também a *Promover Autoavaliação* ($Z=2,0226$; $p=0,0431$). No GC, não houve mudança significativa para nenhuma das subclasses.

Na avaliação de seguimento, verificou-se que na classe *Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo* somente foram emitidos comportamentos relacionados à subclasse *Alterar distância/proximidade*. Na classe *Estabelecer Limites e Disciplina*, as mães do GE apresentaram maior frequência nas subclasses *Descrever/justificar comportamentos desejáveis*, *Negociar regras* e *Chamar atenção para normas pré-estabelecidas*, porém não foi verificada mudança significativa para nenhuma das subclasses.

Na classe *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*, os comportamentos de *Apresentar instruções* mantiveram-se como os mais freqüentes, seguidos pelo comportamento de *Fazer Perguntas de Sondagem e Desafio*, não sendo, entretanto, observadas mudanças estatisticamente significativas para quaisquer umas das subclasses. Na classe *Monitorar Positivamente*, também não foi verificada mudança significativa para nenhuma das subclasses, permanecendo ainda como mais freqüentes os comportamentos de *Expressar discordância/reprovação* e *Elogiar*. Nessa classe, foi

observada, somente na fase de seguimento, a emissão de comportamentos, pelas mães, da subclasse *Estabelecer sequência de atividades*.

Avaliação do Programa realizada pelas mães do GE

Os dados referentes à avaliação do programa foram organizados em três blocos correspondentes aos aspectos avaliados: (a) avaliação geral do programa; (b) avaliação dos procedimentos utilizados no decorrer do programa e (c) avaliação das habilidades treinadas.

Os dados obtidos com relação à avaliação geral do programa estão expostos na Tabela 35.

Tabela 35

Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Avaliação Geral do Programa.

| | Questões | Variação | Média | % |
|----|---|----------|-------|-----|
| 1 | Como você avalia a qualidade do atendimento recebido? | 4-5 | 4,5 | 90 |
| 2 | O atendimento que você recebeu teve tudo o que você queria? | 4-5 | 4,5 | 90 |
| 3 | Até que ponto o atendimento satisfaz suas necessidades? | 4-5 | 4,3 | 85 |
| 4 | Você recomendaria esse programa a um amigo? | 5-5 | 5,0 | 100 |
| 5 | Qual é o seu nível de satisfação com a quantidade de ajuda que você recebeu? | 4-5 | 4,3 | 85 |
| 6 | Quanto o atendimento o ajudou a lidar mais efetivamente com sua criança? | 4-5 | 4,8 | 95 |
| 7 | Quanto o atendimento o ajudou a lidar mais efetivamente com profissionais que trabalham com seu filho? | 4-5 | 4,3 | 85 |
| 8 | De forma geral, quão satisfeito você está com o treinamento que você recebeu? | 4-5 | 4,3 | 85 |
| 9 | Se tivesse que buscar ajuda novamente, você participaria de novo desse programa? | 5-5 | 5,0 | 100 |
| 10 | Até que ponto o terapeuta foi capaz de relacionar as informações às suas necessidades especiais e de seu filho? | 5-5 | 5,0 | 100 |

Os dados da Tabela 35 mostram que, de forma geral, as mães avaliaram positivamente o programa, pois as médias alcançadas foram iguais ou superiores a 4,3 em uma escala de 1 a 5 (com o valor cinco sendo a avaliação mais favorável). Dentre as questões com pontuações mais baixas (4,3), três delas (3, 5, e 8) referiam-se à satisfação com aspectos do programa: o atendimento às necessidades, a duração do programa e o treinamento recebido. Esse dado sugere a necessidade de uma avaliação mais sistemática dessas questões específicas para verificar as necessidades e posterior investimento, aumentando assim o nível de satisfação nesses três aspectos do programa avaliados menos positivamente.

A Tabela 36 apresenta a avaliação das mães quanto aos procedimentos utilizados durante o programa.

Tabela 36

Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Avaliação dos Procedimentos Utilizados no Decorrer do Programa.

| | Questões | Variação | Média | % |
|---|---|-----------------|--------------|----------|
| 1 | Apresentação teórica (definição e importância de cada assunto discutido nas sessões). | 4-5 | 4,8 | 95 |
| 2 | Treino da habilidade, isto é, dramatização/simulação de uma situação parecida com a que você vive em casa. | 4-5 | 4,6 | 93 |
| 3 | Sugestões, do grupo ou da terapeuta, de alternativas de como se comportar fora do grupo (em casa, escola, casa de conhecidos ou familiares etc.). | 5-5 | 5,0 | 100 |
| 4 | Avaliação das causas do comportamento (antecedentes e consequentes). | 4-5 | 4,9 | 98 |
| 5 | Modelos de comportamentos, dados pelo grupo ou terapeuta, que favorecem a interação com os filhos. | 4-5 | 4,5 | 90 |
| 6 | Tarefas de casa. | 5-5 | 5,0 | 100 |

Nessa avaliação, as mães destacaram, unanimemente, que as *sugestões de alternativas comportamentais oferecidas pelo grupo e pela terapeuta* e as *tarefas de casa* foram os dois procedimentos mais importantes no transcorrer das sessões. A avaliação dos demais procedimentos, embora com variação similar (4-5), demonstrou que os procedimentos *Apresentação teórica* e *Avaliação das causas do comportamento* obtiveram maior número de respostas na alternativa *muito importante* e para os outros dois procedimentos (*Treino da habilidade e modelos de comportamento*), as respostas concentraram-se na alternativa *importante*, sugerindo atribuição de menor importância para esses dois últimos procedimentos.

Na Tabela 37 estão expostos os dados que avaliaram o quão preparadas as mães sentiam-se nas habilidades treinadas no decorrer do programa.

Tabela 37

Variação das Respostas, Média e Porcentagem Referente à Preparação nas Diversas Habilidades Treinadas no Decorrer do Programa.

| | Questões | Variação | Média | % |
|----|--------------------------------|----------|-------|----|
| 1 | Empatia | 3-4 | 3,8 | 75 |
| 2 | Negociar regras | 4-5 | 3,9 | 78 |
| 3 | Elogiar | 4-4 | 4,0 | 80 |
| 4 | Estabelecer relação ABC | 3-5 | 3,9 | 78 |
| 5 | Pedir mudança de comportamento | 4-5 | 4,1 | 83 |
| 6 | Incentivar | 4-5 | 4,1 | 83 |
| 7 | Dar dicas | 4-5 | 4,1 | 83 |
| 8 | Apresentar modelo | 4-4 | 4,0 | 80 |
| 9 | Parafrasear | 4-5 | 4,5 | 90 |
| 10 | Mediar interação | 4-5 | 4,1 | 83 |
| 11 | Receber e fazer críticas | 4-5 | 3,9 | 78 |
| 12 | Assertividade | 3-5 | 4,0 | 80 |
| 13 | Fazer e responder perguntas | 3-5 | 4,0 | 80 |

Os dados da Tabela 37 demonstram que a menor média foi obtida na habilidade de *Empatia* (3.8) e a maior na de *Parafrasear* (4.5), indicando que as mães sentiam-se no mínimo 75% preparadas nas habilidades treinadas e no máximo 90%. Dentre as dez questões (1 a 10) que avaliaram as habilidades sociais educativas, as mães relataram em oito delas (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10) sentirem-se preparadas ou muito preparadas, com destaque para a habilidade de *Parafrasear* que obteve o maior número de respostas, indicativo de sentirem-se muito preparadas.

Para as habilidades de *Negociar Regras* e *Estabelecer relações entre antecedentes e conseqüentes*, houve maior variação (3-5) indicando que algumas mães, mesmo após o programa, ainda se sentiam mais ou menos preparadas nessas habilidades. Esses dados mostram a necessidade de aperfeiçoamento do programa buscando melhor preparação das mães nessas duas habilidades.

As questões de 11 a 13 contemplaram a preparação das mães nas habilidades sociais cotidianas. Os dados indicaram que as mães sentiam-se preparadas ou muito preparadas (variação 4-5) nas habilidades de *Assertividade* e *Fazer e Responder Perguntas* e mais ou menos preparadas ou preparadas (variação 3-4) na habilidade de *Fazer e Receber Críticas*, demonstrando a necessidade de maior investimento nessa última habilidade.

Discussão

O grande desafio de uma educação inclusiva é a transformação do contexto escolar de modo que nele sejam educadas, sem distinção, todas as crianças. A concretização dessa transformação não depende apenas das políticas públicas nem somente das escolas, mas de uma parceria com todos aqueles envolvidos com a criança, incluindo principalmente a família. Além disso, essa transformação não pode restringir-se aos aspectos eminentemente acadêmicos, pois falar em inclusão é também valorizar as interações sociais positivas do aluno com outros participantes do contexto escolar como indicadores da efetiva inclusão escolar.

No caso de crianças com o TDAH, esses dois aspectos entrelaçam-se de uma forma bastante contundente, pois além das dificuldades em responder às demandas acadêmicas, em termos de aprendizagem, o padrão de interações sociais apresentado com os colegas e os professores está bastante prejudicado (Nixon, 2001; Hoza, *et al.* 2005), o que torna a escolarização dessas crianças um grande desafio. Talvez por isso, como verificado por Omote (2005), os professores do ensino regular sejam mais favoráveis à inclusão de alunos com deficiência física e menos à inclusão de alunos com distúrbios emocionais e de comportamento (condutas típicas).

Sobre as interações sociais apresentadas por crianças com TDAH, estima-se que 50% a 60% dessas crianças experienciam alguma forma de rejeição social pelos colegas (Barkley, 1998) e que, quando são socialmente rejeitadas na infância, apresentam taxas mais altas de fracasso e desistência escolar, infrações delinquentes, sentimentos de solidão e baixa autoestima (Greene *et al.*, 1997; Barkely, 1998). Uma das alternativas de intervenção para esse quadro são os programas de Treinamentos de Habilidades Sociais, oferecidos diretamente às crianças, porém há certo consenso sobre a sua pouca efetividade no que diz respeito à generalização das aquisições para os diversos ambientes da vida dessas crianças. Essa situação confere importância à participação de pais nesses programas como uma forma de favorecer a generalização.

Frente a esse contexto, o presente estudo foi conduzido considerando, dentre outros aspectos, o proeminente papel dos pais na socialização dos seus filhos e o seu acesso aos diversos contextos onde a criança participa, enquanto oportunidade de explorá-los para ensinar-lhes comportamentos sociais mais adaptativos.

A partir da identificação das necessidades educacionais das crianças com TDAH, no âmbito do desempenho social, foi elaborado um programa com o objetivo de ensinar às mães um conjunto de comportamentos, denominados habilidades sociais educativas. Essas habilidades, quando empregadas na interação com os filhos, podem favorecer o desenvolvimento e/ou o aprimoramento do repertório de habilidades sociais destes. O programa foi realizado com base na avaliação realizada pelas mães sobre o repertório de habilidades sociais apresentado pelos filhos e na importância atribuída a cada um dos conjuntos avaliados. Também foram consideradas as avaliações das habilidades sociais educativas, realizadas por meio de autorrelato, observação direta e avaliação de habilidades sociais cotidianas por meio do IHS-Del-Prette.

Em termos teóricos, os procedimentos utilizados em programas para Treinamento de Habilidades Sociais podem ser classificados dentro de três abordagens, caracterizados como operante, aprendizagem social e cognitivo-comportamental (Gresham & Elliott, 1990). Nesse estudo, o programa foi direcionado dentro da perspectiva da Análise do Comportamento com ênfase nas relações de contingência e princípios de aprendizagem para o entendimento da determinação e modificação do comportamento. Essa perspectiva teórica privilegiou a análise do comportamento, suas condições antecedentes e consequentes, remetendo, necessariamente, a uma perspectiva de alterar comportamentos sociais indesejáveis e fortalecer os desejáveis. Assim, durante todo o programa, buscou-se promover a compreensão das mães sobre seus próprios comportamentos e o comportamento de seus filhos.

Além disso, o modelo de déficits sociais (Del Prette & Del Pette, 2005a; Gresham e Elliott, 1990) e os fatores a eles relacionados, usado como uma possível explicação para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos sociais, conduziu a estratégias de intervenção que privilegiaram a manipulação de antecedentes e consequentes de modo a favorecer a aquisição de novos comportamentos sociais e/ou a melhorar o desempenho social dessas crianças.

Quando comparado a outros programas para pais de crianças com TDAH, o presente programa tomou como premissa básica que as modificações nos comportamentos dos pais podem alterar o ambiente familiar, favorecendo a modificação do comportamento da criança e, conseqüentemente, mantendo esses comportamentos parentais. Além disso, a utilização de estratégias como instruções, modelação, modelagem e ensaio comportamental

(Corcoran & Dattalo, 2006), consideradas efetivas para o aprimoramento das habilidades parentais, foram utilizadas igualmente no presente programa.

Considera-se que o presente programa distinguiu-se dos específicos para pais de crianças com TDAH, citados na literatura, do seguinte modo: (a) enfatizou a identificação e alteração das interações que os pais mantêm com os filhos, mais do que no ensino de estratégias (já consolidadas na literatura mundial) para manejo de comportamentos problemáticos dos filhos; (b) envolveu também a identificação, análise e modelagem de componentes não-verbais na interação com os filhos; (c) focalizou as habilidades sociais das mães e de seus filhos e (d) ao contrário dos programas que associa o treino de pais à intervenção direta com as crianças, este avaliou a efetividade específica do treino de pais sem qualquer intervenção direta junto à criança.

Ainda com relação ao programa, foram utilizadas várias estratégias no decorrer do programa: instruções sobre aspectos teóricos das habilidades sociais, demonstração e ensaio das habilidades, análise sobre os desempenhos de mães e filhos na sessão e fora dela e tarefas de casa. Porém, não foi objetivo deste estudo avaliar qual ou quais desses componentes poderia(m) ser responsável(is) pelas mudanças. Nesse sentido, Cozby (2003) afirma que no estágio inicial de qualquer pesquisa, busca-se a relação entre variáveis e que pesquisas subsequentes devem manipular outros níveis da variável independente, para mostrar um quadro mais detalhado do processo, o que, em caso de pesquisa de intervenção, implicaria em alteração no delineamento.

Quanto à duração, é importante ressaltar que o programa foi relativamente longo (31 sessões) quando comparado aos programas clássicos da literatura (entre 8 e 12 sessões). Se por um lado, a amplitude das classes de habilidades sociais educativas e sociais cotidianas justifica uma intervenção de longo prazo, por outro lado, a longa duração pode tornar-se um desafio para a manutenção dos participantes, bem como representar um alto custo se aplicado em ambientes clínicos, fora de instituições públicas com atendimento gratuito. No entanto, como considerou Evans, Axelrod e Langberg (2004), é possível que programas com estas características (longa duração) possam ser racionalizados, sendo essa uma direção importante para pesquisas futuras. Essas mudanças, no entanto, somente devem ocorrer após o estabelecimento da eficácia do modelo geral e com base em pesquisas que indiquem seus componentes críticos ainda que os primeiros possam viabilizar hipóteses sobre esses componentes. Uma alternativa nessa direção seria o grupo placebo fragmentado (Rocha, Del Prette & Del Prette, s.d.).

Considerando que a literatura sobre avaliação de programa de intervenção distingue entre os efeitos sobre o comportamento-alvo, daqueles efeitos generalizados, optou-se em discutir esses dois efeitos em seções distintas. Desta forma, primeiramente será abordado o impacto geral do programa na condição de tratamento (GE) e de não-tratamento (GC) em termos de diferenças estatísticas significativas. Na seção seguinte, será discutida a validade interna (fatores relevantes para a mudança) e em seguida a validade externa do programa (generalização) com relação às habilidades sociais cotidianas e educativas. Na sequência, a análise dos efeitos indiretos do programa sobre as habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica das crianças (validade externa). Finalmente, a última seção foi destinada à discussão da validade social do programa.

1 Validade interna e ingredientes relevantes do programa sobre as Habilidades Sociais Cotidianas e Habilidades Sociais Educativas das mães

Nessa seção serão discutidos os resultados referentes aos efeitos do programa sobre os comportamentos das mães em relação às habilidades sociais cotidianas e educativas, focalizando os possíveis fatores que podem ou não ter contribuído para esses efeitos.

Considerando as fases específicas do programa, a primeira destinada a ensinar habilidades sociais cotidianas foi introduzida para favorecer o aprendizado de interações positivas das mães com aqueles com os quais interagem cotidianamente, seja com relação à problemática dos seus filhos, seja em questões pessoais alheias aos comportamentos dos filhos, mas que podem ter implicações para as interações com filhos. Isso parece relevante, pois, segundo Del Prette e Del Prette (2001b), na base da aprendizagem das habilidades sociais, estão os modelos fornecidos pelos pais, não só na interação com a própria criança, mas também com outros significativos do seu ambiente próximo.

Além disso, no caso específico das mães participantes do programa, considerou-se que esse conjunto de comportamentos era essencial a elas para lidarem com as demandas de interação com diferentes profissionais da saúde (médicos psiquiatras, neurologistas, fonoaudiólogos etc.), da educação (psicopedagogos, professores da sala de recursos, pessoal técnico-administrativo das escolas etc.) e, ainda, com parentes próximos e vizinhança. Estes, em muitos casos, por nada ou pouco conhecerem sobre o TDAH,

forneciam consequências punitivas aos comportamentos das mães e das crianças, gerando efeitos colaterais bastante danosos para a interação familiar.

Na fase de pré-intervenção, observou-se que as mães do GE apresentavam repertório social bastante deficitário, com indicação de treinamento para as classes de comportamentos de *Conversação e Desenvoltura Social*, *Autoexposição a Desconhecidos ou Situações Novas* e *Autocontrole da Agressividade*. Os déficits nesse repertório para atuar frente às demandas impostas no cotidiano dessas mães, aliados às cobranças para controlar os comportamentos dos filhos, provenientes de várias fontes (marido, escola, parentes, outros filhos), representam um risco para a interação positiva com os filhos, favorecendo a adoção de práticas educativas coercitivas, sentimentos de incompetência parental e indícios de estresse, como identificados nos estudos da área (Chronis *et al.*, 2004; Cunningham, 2007; Johnston & Mash, 2001).

Além disso, na avaliação inicial, foi observado que essas mesmas situações favoreciam a emissão constante de comportamento de fuga-esquiva das situações consideradas aversivas, levando ao isolamento social, como identificado por Wells *et al.* (2000), o que se traduzia em uma participação restrita e/ou passiva nos eventos sociais e na vida escolar dos filhos. Por exemplo, as mães diziam não levarem os filhos a passeios ou à casa de familiares para evitar críticas direcionadas a elas. Quando os levava e acontecia algum comentário sobre a educação ou características deles, ora desprezavam o comentário e depois ficavam zangadas, ora respondiam agressivamente e depois se arrependiam, evidenciando-se a situação de estresse constante sob as quais viviam. Como outro exemplo, elas relatavam que os chamados da escola representavam sempre uma situação de extrema ansiedade por não saberem mais o que falar ou justificar para a professora.

Na fase de pós-intervenção, pode-se afirmar que o GE obteve ganhos significativos nesse repertório, quando comparado ao GC, sendo que tais efeitos foram demonstrados pelas diferenças observadas entre os grupos e entre os diferentes momentos da avaliação, incluindo a fase de seguimento. A ocorrência de mudanças em uma direção desejada nos fatores que foram alvos da intervenção e a manutenção delas na fase de seguimento sugerem que os objetivos previstos no estudo foram satisfatoriamente atingidos.

Considerando os dados relativos a cada um dos escores fatoriais, verificou-se ainda ganhos adicionais com mudanças para além daquelas inicialmente planejadas. Esses ganhos adicionais foram verificados nos comportamentos de *Expressão de Sentimentos Positivos* (F2), que não foram alvos diretos da intervenção. Esse dado, entretanto, não se

constituiu surpresa pelos seguintes motivos: (a) considerando a possibilidade de sobreposição de comportamentos devido à variabilidade e à complexidade das relações interpessoais e que as estratégias adotadas no treinamento de habilidades sociais podem contemplar comportamentos de diferentes classes e/ou fatores (Del Prette & Del Prette, 2001b), é possível que algumas estratégias utilizadas, visando a outros fatores, principalmente a classe de *Habilidades de Comunicação*, possam ter contribuído para melhorar os comportamentos desse conjunto; (b) durante toda a fase de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas houve ênfase nos comportamentos de expressão de sentimentos positivos, o que pode ter favorecido a aprendizagem e generalização desses comportamentos para além das interações com os filhos; (c) embora os comportamentos componentes de F2 correspondam a uma classe de alta complexidade, o bom repertório nessa habilidade, verificado na fase de pré-intervenção, pode ter contribuído para facilitar novos aprendizados ou para o aprimoramento dos já existentes e (d) como o treinamento de habilidades sociais tem base em procedimentos não aversivos e com forte ênfase em contingências positivas entre os participantes, isso também pode ter contribuído para o desenvolvimento e/ou aprimoramento dessa classe de comportamentos.

Ainda considerando os escores fatoriais, não foi verificada mudança significativa nos comportamentos de *Conversação e Desenvoltura Social* (F3) para todas as mães do GE, mas somente para aquelas a quem o treinamento direto dessa habilidade foi direcionado. Isso demonstra que, embora as demais mães tenham participado indiretamente do treinamento (com sugestões e busca de alternativas), isso não foi suficiente no sentido de promover mudanças significativas, sugerindo que a abordagem utilizada não serviu de base para ampliação do repertório delas nesse fator, o que garantiria resultados mais efetivos para todos os membros do grupo e não somente para as mães a quem o treinamento foi dirigido. Além disso, uma justificativa para tais resultados é o fato da classe de *Habilidades Assertivas* ser considerada mais complexa que as classes de *Comunicação e Civilidade* (Del Prette & Del Prette, 2001b; 2006), provavelmente necessitando de um treinamento mais direto, longo e intensivo para produzir mudanças no repertório da maioria dos participantes do programa.

Apesar do reduzido número de estudos citados na literatura que fizeram a inclusão do Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas em programas para pais, o resultado do presente estudo encontra respaldo no de Freitas (2005), que também observou, com base em dados do IHS-Del-Prette, melhora na competência social das mães de crianças com

deficiência visual em função de programa voltado para essas habilidades. Os resultados daquele estudo e os destes são especialmente encorajadores por se tratar de pais com filhos com necessidades educacionais especiais, o que requer um repertório elaborado para cumprir o seu papel de educador bem como para lidar no seu dia-a-dia com as diferentes demandas provenientes das dificuldades da criança.

Os dados referentes aos Indicadores de Habilidades Sociais Educativas (IHSE), elaborados para o levantamento de informações sobre os comportamentos das mães na interação com filhos, mostrou que os comportamentos mais frequentes delas se relacionavam aos comportamentos inadequados de seus filhos, ou seja, havia alta emissão do comportamento de *fazer referência aos comportamentos inadequados dos filhos* (Q5). Em contrapartida, a menor emissão foi observada para aqueles comportamentos que poderiam favorecer interações sociais, tais como: *organizar reuniões em casa* (Q3) ou *incentivar o filho a conversar com outras pessoas* (Q7).

A comparação estatística entre as condições iniciais dos dois grupos mostrou que eles eram comparáveis na fase de pré-intervenção, pois não foram observadas diferenças de pontuação entre eles. No entanto, foi observada uma pequena diferença na pontuação dos dois grupos em cada uma das questões, indicando desempenho um pouco melhor do GE em relação ao GC, na fase de pré-intervenção. Esse dado poderia sugerir melhor desempenho social das crianças, uma vez que a hipótese principal do estudo era a de que mães com melhor repertório em habilidades sociais educativas teriam filhos mais competentes socialmente. Considerando os dados iniciais das crianças do GE, em termos de habilidades sociais e problemas de comportamento, essa relação não foi confirmada.

A análise das questões do IHSE-autorrelato mostrou que a maior frequência de comportamentos característicos das habilidades sociais educativas por parte das mães estava relacionada à maior presença de comportamentos problemáticos apresentados pelos filhos. Por exemplo, considerando-se a oitava questão (meios utilizados pelas mães para saber onde, com quem e o que o filho estava fazendo), percebeu-se uma alta emissão desse comportamento pelas mães, em virtude das crianças brigarem com maior frequência na rua e na escola ou ainda por apresentarem comportamentos destrutivos dentro de casa, tais como desmontar objetos, quebrar aparelhos eletrônicos, destruir material escolar etc., exigindo das mães um monitoramento mais contínuo. Esses dados, de certa forma, seguem a mesma direção encontrada em estudos que, ao avaliarem comportamentos maternos, identificaram que quanto maior era a severidade do comportamento da criança, mais

práticas parentais controladoras eram utilizadas (McLaughlin & Harrison, 2006). Pode-se considerar ainda que os comportamentos de monitoria das mães, nesse exemplo específico, visavam muito mais a estabelecer consequências aos comportamentos já emitidos pelos filhos do que em estabelecer contingências antecedentes que poderiam favorecer a emissão de comportamentos mais adequados.

Além disso, quando o instrumento (IHSE-autorrelato) foi elaborado, a primeira parte priorizou a avaliação da frequência das habilidades sociais educativas, dentro de uma escala de cinco pontos que variava de sempre a nunca. Esse tipo de avaliação não fornece informações sobre a forma e o conteúdo das habilidades sociais educativas emitidas pelas mães e/ou seus efeitos a curto, médio ou longo prazo sobre os comportamentos dos filhos, exigindo uma análise qualitativa das respostas obtidas pelo instrumento. Assim, quando a mãe diz que “sempre” telefona para saber onde está ou então que frequentemente vai até o *cyber* para saber com quem e o que o filho está fazendo, considerou-se que esta mãe demonstrava um indicativo de comportamentos de monitoria em relação ao filho (frequência), porém a forma como o faz (segunda parte do instrumento) constituiu-se objeto de avaliação funcional para subsidiar a elaboração da intervenção.

Desta forma, a frequência da emissão de comportamentos descritos nas habilidades sociais educativas pode não ser suficiente para a avaliação, tornando-se necessário avaliar sua topografia e funcionalidade. Este aspecto também poderia justificar a ausência de relação verificada entre a frequência mais alta apresentada pelo GE e o desempenho mais deficitário apresentado pelos filhos, ou seja, não é porque a mãe emite com maior frequência determinados comportamentos denominados habilidades sociais educativas que necessariamente o filho apresenta repertório mais elaborado. Nesse sentido, a topografia e a funcionalidade desses comportamentos, talvez sejam mais relevantes para uma interação que se propõe educativa.

Um fato que merece destaque na fase do programa destinado ao treinamento das habilidades sociais educativas foi a constatação, ainda que de forma assistemática, de que quando era solicitado às mães o desempenho da habilidade em questão logo após as instruções, esse desempenho não contemplava, principalmente nas sessões iniciais, os componentes não-verbais e/ou paralingüísticos tidos como critérios a serem considerados na identificação de um desempenho como competente. Esses dados mostram a relevância da avaliação baseada na observação direta e do treinamento das habilidades sociais a partir de vivências, *role-playing*, ensaio de comportamento como essenciais em programas de

Treinamento de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001b), permitindo a modelação e modelagem de comportamentos não-verbais e paralinguísticos em contraposição ao uso isolado de instruções.

Considerando os dados de pós-intervenção, observou-se mudança no comportamento das mães, podendo-se afirmar que passaram a ficar mais sob controle dos comportamentos adequados da criança do que dos inadequados, com pontuação mais alta na Questão 4, que se referia ao comportamento das mães de *referir-se aos comportamentos adequados a seus filhos*. Também foi verificado um melhor desempenho das mães em comportamentos que favoreciam ou incentivavam interações sociais deles. Esses dados demonstram a importância de sistematização de programas para pais que enfatizam tanto comportamentos parentais com função de estímulo discriminativo para a emissão dos comportamentos adequados e/ou esperados pelos filhos, como comportamentos que funcionam como consequências positivas para o comportamento social apresentado pelo filho.

De forma geral, o aumento em termos de pontuação do GE indicou que as mães passaram a emitir, após a intervenção, mais frequentemente, comportamentos componentes das habilidades sociais educativas, sugerindo que o programa favoreceu o aumento de frequência dessas habilidades. Em termos qualitativos, o aumento na frequência de comportamentos das mães com probabilidade de favorecer ou promover as interações sociais das crianças e também o fato de atentarem mais para os comportamentos adequados dos filhos, indicam que o programa pode ter funcionado com uma variável que alterou as relações de controle às quais as mães respondiam inicialmente (antes da intervenção).

Após a intervenção, observou-se para o GE mudanças de frequência na direção desejada em todas as questões e também na forma (controles antecedentes e consequentes) como as mães interagem com o filho, sugerindo que o programa foi efetivo na ampliação da frequência e melhoria de habilidades sociais educativas avaliadas pelo instrumento e que esses ganhos mantiveram-se na fase de seguimento, pois não foi verificada mudança significativa entre as avaliações.

Com relação às habilidades sociais educativas, avaliadas a partir das filmagens, observou-se que nas situações estruturadas, principalmente na Atividade 2, foi registrado maior número de comportamentos. A esse respeito, pode-se considerar que, embora as atividades estruturadas envolvessem tarefas mais complexas de serem realizadas pelas mães, o arranjo delas, principalmente a descrição de maneira explícita do comportamento

esperado, pode ter contribuído para o aumento na frequência dos comportamentos das mães nessas atividades.

Adicionalmente, a literatura referente à utilização de atividades estruturadas em situações de observação sugere que não se pode esperar que diferentes tarefas eliciem taxas comparáveis de comportamentos (Gardner, 2000). Para Tripp, Schaughency, Langlands e Mouat (2006), o contexto (tipo de tarefas) claramente influencia as interações familiares observadas, ou seja, as atividades de brincadeiras e jogos livres são, por natureza, menos exigentes e conflituosas que situações que envolvem resoluções, decisões e direcionamentos, o que pode também ter favorecido frequências mais altas nas atividades estruturadas.

Considerando cada uma das classes avaliadas, tanto a comparação entre os grupos como a comparação entre a condição inicial e final de cada grupo não revelou diferença ou mudança significativa para a *Classe Estabelecer Contexto Potencialmente Educativo*. Duas possibilidades parecem pertinentes para explicar tais resultados: (a) o treinamento e/ou o tempo destinado aos comportamentos dessa classe podem ter sido insuficientes e (b) o contexto no qual foi realizada a observação pode não ter favorecido a emissão de tais comportamentos, sendo sua ocorrência mais provável em situações em que estão presentes outros interlocutores e/ou a possibilidade de acesso a materiais variados.

Na outra classe avaliada, *Estabelecer Limites e Disciplina*, novamente não foi observada diferença significativa entre os grupos na pontuação total. O GE diferiu do GC apenas na subclasse *Descrever/justificar comportamentos desejáveis* com aumento na frequência desse comportamento. Um aspecto importante desse resultado é a convergência com os dados do IHSE-autorrelato em que as mães também afirmaram ter aumentado a frequência desse comportamento, sugerindo que o programa foi efetivo para o desenvolvimento e/ou aprimoramento dessa habilidade. Com relação à mudança observada entre a pré e a pós-intervenção, as mães do GE passaram a apresentar, significativamente, menor frequência nos comportamentos de *Interromper Comportamentos e Pedir Mudança de Comportamento* e aumento na frequência de *Negociar Regras*.

No caso do comportamento de *Negociar Regras*, os dados da observação não convergem com os dados do IHSE-autorrelato, provavelmente em decorrência da diferença entre as regras predominantes no contexto diário e na situação de filmagem, sendo que as regras (comportamentos e consequências) especificadas no contexto diário podem envolver um custo mais alto de resposta, para mães e filhos. Ainda, assim, a observação permitiu

verificar que as mães tornaram-se competentes para a emissão desse comportamento na interação com o seu filho.

Já a diminuição nos comportamentos de *Interromper Comportamentos e Pedir Mudança de Comportamento* pode ser decorrente do aumento de frequência de outras habilidades parentais, dessa ou de outras classes, tais como: *Apresentar Instruções, Modelos e Promover autoavaliação*. Essas habilidades podem, funcionalmente, favorecer a emissão de comportamentos adequados ao oferecer às crianças alternativas comportamentais incompatíveis aos comportamentos inadequados e, com isso, diminuir a necessidade de emissão de comportamentos pelas mães (interromper comportamentos) com a função de suprimir aqueles considerados inadequados que eram emitidos pelas crianças.

Deve-se ressaltar que, embora a habilidade de *Interromper Comportamentos* seja relevante enquanto prática parental, a possibilidade de oferecer alternativas comportamentais torna-se uma prática mais desejável quando o objetivo, como o enfatizado nesse estudo, era ensinar aos filhos as habilidades sociais para atuarem como comportamentos incompatíveis aos inadequados.

Com relação à diminuição observada na subclasse *Pedir Mudança de Comportamento*, as variáveis não são claras, no entanto, parece plausível supor que as mães possam tê-la substituído pelo comportamento de *Dar Instruções* que pode ter o mesmo efeito funcional, mas sem a exigência da descrição do comportamento a ser modificado que, embora seja parte componente da habilidade de *Pedir mudança de comportamento*, durante todo o programa foi aspecto bastante enfatizado como desejável de mudança.

Para a classe *Transmitir e Expor Conteúdos de Habilidades Sociais*, não foi verificada qualquer diferença estatística significativa entre os grupos na pontuação geral e das subclasses, porém o GE mostrou mudança significativa, quando foram comparados os dados de pré e de pós-intervenção na subclasse *Apresentar instruções*. Nessa subclasse, entende-se que os comportamentos já apresentavam altas taxas antes da intervenção, sendo o programa provavelmente responsável pela ampliação e manutenção dessa classe de habilidades. No caso específico da subclasse *Apresentar instruções*, observou-se maior frequência desse comportamento durante a Atividade Estruturada 2, o que pode sugerir que o tipo de atividade pode ter favorecido a emissão desse comportamento, como considerado

por Hintze e Matthews (2004), ao afirmarem que diferentes resultados podem ser observados sob diferentes arranjos ambientais.

Ainda com relação aos ganhos menos expressivos observados nessa classe, pode-se considerar que esta foi a única classe que teve menos de 50% de todos os comportamentos (subclasses) contemplados diretamente no decorrer do treinamento, em decorrência das altas taxas já verificadas na fase de pré-intervenção. Essa hipótese precisa ser testada em estudos futuros para verificar se o número de comportamentos de uma classe contemplada no treinamento, de fato, afeta os resultados.

Diferentemente da classe anterior, observou-se na classe *Monitorar Positivamente* que o GE diferiu do GC na pontuação geral e nas subclasses *Expressar Discordância e Reprovação*, *Elogiar* e *Promover autoavaliação*. A comparação entre a condição inicial e final apontou mudança significativa na pontuação geral e também nas subclasses *Elogiar e Promover Autoavaliação*. Considerando a condição inicial das mães, os dados obtidos no presente estudo são similares aos estudos observacionais da interação mãe e filho que também constataram a tendência dessas mães em apresentarem na interação com os filhos mais controle e menos estratégias positivas para controlá-los (Cunningham, 2007).

Ainda que respeitando as diferenças metodológicas e do sistema de categorias entre os estudos da área de TDAH, os ganhos alcançados pelas mães após a intervenção parecem relevantes ao confirmar que programas de intervenção para mães de crianças com TDAH podem favorecer a emissão de práticas educativas positivas (Wells *et al.*, 2000), ou seja, em termos práticos, a aquisição dessas habilidades pode favorecer interações positivas entre pais e filhos que estão associados à monitoria parental efetiva (Cunningham, 2007).

A ausência de resultados estatisticamente significativos na maioria dos comportamentos avaliados não significa que as mães do GE não obtiveram ganhos com o programa, visto que houve aumento na frequência em praticamente todas as subclasses após a intervenção. Esse efeito, se por um lado foi de pequena magnitude, não representando mudança estatisticamente significativa, por outro lado mostra que o programa favoreceu mudança no sentido desejado. Além disso, a realização de uma única observação de curto período pode não fornecer dados tão precisos quanto seria desejável (Cozby, 2003; Gardner, 2000). Assim, considera-se que o curto prazo da observação talvez não seja suficiente para a emissão de todos os comportamentos avaliados (trinta e duas subclasses no total), em uma frequência necessária e suficiente para demonstrar efeito de magnitude estatisticamente significativa.

Na fase de seguimento, embora não tenha sido constatada mudança estatisticamente significativa, quando comparada à fase de pós-intervenção, os escores obtidos nessa fase mostraram que houve redução na emissão dos comportamentos pelas mães na situação de filmagem. Esse dado pode significar a necessidade de atendimentos adicionais, pelo menos a médio prazo, para auxiliar a manutenção dos ganhos decorrentes da participação no programa.

Ainda com a relação à manutenção dos comportamentos das mães, de forma geral os programas para pais apresentam a suposição de que a mudança no comportamento dos filhos, em decorrência da mudança do comportamento dos pais, é a principal fonte de reforçamento, favorecendo manutenção dos comportamentos parentais. No entanto, considerando o caso específico de crianças com TDAH, em que as mudanças nos comportamentos sociais requerem maior investimento das mães (Barkley, 2000; Phelan, 2005), supõe-se que atendimento esporádico às mães no decorrer do tempo, após a intervenção, poderia gerar uma fonte de reforçamento extra, contribuindo adicionalmente para essa manutenção. Além disso, parece necessário um programa mais extenso até que o repertório infantil desejável esteja bem estabelecido e que passe, de fato, a funcionar como reforçador positivo mais consistente.

2 Validade externa do programa com relação às Habilidades Sociais e Habilidades Sociais Educativas das mães

Além de demonstrar a relação entre variável independente e variável dependente, a avaliação da extensão em que os resultados de um experimento podem ser generalizados para além das condições particulares do experimento tem sido alvo de preocupação para estabelecer a eficiência das intervenções (Silvares & Arantes, s.d.). Desse modo, nessa seção serão discutidos os efeitos do programa sobre a generalização das Habilidades Sociais Cotidianas e Educativas.

Conforme os dados relativos às habilidades sociais cotidianas, observou-se que, além dos ganhos observados por meio do IHS-Del-Prette, os dados provenientes de relatos das mães nas sessões permitem reafirmar que o repertório de habilidades sociais sofreu alterações relevantes, principalmente, no trato de assuntos relacionados aos filhos. Por exemplo, uma das mães verbalizou que conseguiu discutir com o médico do filho sobre a necessidade de redução na dose da medicação. Outro exemplo, que envolveu todo o grupo,

foi uma visita das mães à promotoria de justiça a fim de reivindicar, com o promotor (não aceitaram falar com a secretária do promotor), o direito de acesso gratuito aos dois medicamentos (Ritalina® e Concerta®) mais indicados ao TDAH, que naquele momento não estavam sendo distribuídos pelos órgãos competentes. Essa tarefa envolveu diversas habilidades aprendidas nessa etapa do programa, tais como: fazer críticas e perguntas, apresentar-se e cumprimentar pessoa com autoridade.

A ampliação da frequência do repertório de habilidades sociais em diversos contextos representou maior participação nas situações cotidianas até então evitadas, principalmente na escola, onde as mães passaram inclusive a conversar sobre as necessidades educacionais de seus filhos. Para ilustrar esse aspecto, uma das mães tirou férias do trabalho para falar com cada um dos professores e não mais cobrá-los, como fazia anteriormente, sobre as dificuldades e possibilidades de sua criança e as modificações que estavam sendo realizadas em casa em relação às tarefas escolares. Isso, de certa forma, indica a direção sugerida por Barkley (2002) ao propor que uma das metas de programas para pais de crianças com TDAH é encorajá-los a trabalhar com o pessoal da escola de uma maneira colaborativa e cooperativa.

Assim, pode-se sugerir que um repertório elaborado em habilidades sociais pode ter efeitos positivos sobre a promoção de comportamentos socialmente mais adequados dos filhos, como já identificado na literatura (Gray *et al.*, 2001). Adicionalmente, no contexto de uma educação inclusiva, a ampliação desse repertório dos pais favorece a participação destes no ambiente escolar, o que contribui para o estabelecimento da parceria necessária entre família e escola para a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais.

Como identificado na fase pré-intervenção, as mães do presente estudo, em sua maioria, evitavam situações que pudessem oferecer risco de discriminação ou de qualquer outro evento aversivo. Desta forma, um aspecto importante identificado nesse estudo foi a necessidade de capacitar as mães com um repertório para lidar com as diversas fontes de estimulação aversiva às quais estavam expostas em decorrência dos comportamentos dos filhos. Obviamente que resultados de programas que focalizam a diminuição de taxas de comportamentos-problemas apresentados pelas crianças, por si só representariam uma diminuição dessa fonte de estimulação aversiva aos pais. No entanto, preparar os pais para lidar com situações sociais, aversivas ou não, relacionadas aos seus filhos, significa propiciar ganhos pessoais para lidar de forma eficiente e efetiva com essas demandas.

Com relação às habilidades sociais educativas, avaliadas por meio do IHSE-autorrelato, a análise das questões subsequentes à avaliação da frequência na fase de pós-intervenção, mostrou que as mães adotaram, no seu dia-a-dia com os filhos, as alternativas comportamentais propostas no decorrer do programa. Essa mudança de atitude das mães favoreceu uma avaliação mais positiva da sua competência na educação dos filhos ao conseguirem atingir os objetivos (estabelecer e cobrar o cumprimento de regras, mediar interação sociais, por exemplo) sem ter que adotar estratégias coercitivas, como relatado na fase de pré-intervenção.

Dentre as habilidades sociais avaliadas pelo IHSE, o repertório de aproveitar ou promover acontecimentos para ensinar comportamentos mais adaptativos aos filhos foi contemplado nas três primeiras questões. Percebeu-se que, na fase de pré-intervenção, a *utilização de situações* (uma notícia, um comentário, uma cena) *que aconteciam no dia-a-dia* (Q1) era mais frequente que ações que exigiam *arranjar situações educativas* (Q2). Nessa primeira questão, pode-se perceber que as situações que as mães diziam aproveitar, na verdade, tinham a função de tentar “controlar” os comportamentos dos filhos por meio da descrição de consequências aversivas que poderiam ser contingentes aos comportamentos presenciados.

A persistência do comportamento das mães de chamar atenção para o comportamento inadequado e suas consequências e, imediatamente, relacionar a algum comportamento similar emitido pelo filho, provavelmente, estava mais sob controle de regras (tem que educar) do que pelas contingências (efeito), pois mesmo na ausência de mudanças verificáveis nos comportamentos dos filhos, continuavam a emitir esse tipo de comportamento. Com relação aos efeitos sobre as crianças, dois eram prováveis: (a) funcionava como um estímulo aversivo que poderia provocar efeitos colaterais como a diminuição da autoestima e reações agressivas da criança e b) não alterava a probabilidade de resposta no sentido desejado pelas mães, uma vez que é um tipo de comportamento que não ensina o comportamento esperado.

A postura das mães em aproveitar situações do dia-a-dia (Q1), mais do que arranjar situações para ensinar os filhos (Q2), manteve-se mesmo após a intervenção e também na fase de seguimento, pois as mães consideravam que não *valia a pena* arranjar situações para ensinar aos filhos, uma vez que os mesmos não paravam para ouvi-las contar uma história, por exemplo, e se paravam não prestavam atenção até o final. Assim, as mães consideravam que era mais fácil e produtivo aproveitar uma pequena cena ou uma notícia

da televisão, que chamava mais atenção das crianças e/ou que demandava período curto de atenção. Mesmo assim foram observados, tanto na fase de pós-intervenção como na de seguimento, alguns esforços no sentido de arranjar essas situações, como compras de livros e de filmes de interesse dos filhos. A utilização desses recursos passou a ser para ensinar novos comportamentos aos filhos e não somente para descrever as consequências aversivas decorrentes de um comportamento e relacioná-las a comportamento previamente emitido pela criança.

Esses dados mostram que as mães passaram a discriminar aquelas estratégias que melhor adequavam-se às características de seus filhos, o que, provavelmente, contribuiu para o aumento da motivação dos filhos e a diminuição de conflitos familiares, prática esta recomendada quando se tem por objetivo ensinar crianças com capacidades diferenciadas, seja na educação formal ou informal. Nesse sentido, programas para pais devem ajudá-los a selecionar materiais e oportunidades de aprendizagem que tendem a motivar os filhos (DuPaul & Stoner, 2007) e que atendam às necessidades educacionais dos mesmos.

Além disso, pode-se considerar que as mães achavam pouco funcional e não testavam determinadas estratégias para ensinar a seus filhos. Após a intervenção, elas passaram a utilizar estratégias diferenciadas e a verificar sua funcionalidade. Esse dado sugere que o programa teve um importante efeito motivacional para as mães na utilização de diferentes estratégias para ensinar aos filhos.

Na classe *Estabelecer Limites e Disciplina*, foram avaliados os comportamentos de descrever e justificar comportamentos desejáveis e indesejáveis e de estabelecer regras no ambiente familiar. Com relação ao primeiro conjunto de comportamentos, percebeu-se que a frequência de *descrever comportamentos inadequados*, na fase de pré-intervenção, sinalizava que a atenção a eles era superior que a atenção que as mães davam aos *comportamentos adequados*. Na fase de pós-intervenção, houve uma inversão em termos de frequência. Essa inversão é desejável quando o objetivo é o desenvolvimento e/ou aprimoramento das habilidades sociais, uma vez que, como considerado por Del Prette e Del Prette (2005a), a ausência de *feedback* e de reforçamento são fatores que possivelmente contribuíam para o desempenho deficitário apresentado pelas crianças.

Quanto ao estabelecimento de regras, na fase pré-intervenção observou-se maior número de regras relativas à tarefa escolar e às atividades domésticas, quando comparadas às regras para interações sociais mais satisfatórias. Observou-se também que as regras eram estabelecidas pelas mães sem a participação das crianças. Na fase de pós-intervenção,

as mães passaram a *negociar regras* com as crianças, aumentando também o número de regras relativas às interações sociais, principalmente, na interação com os membros da família e amigos da vizinhança.

A forma como as mães passaram a consequenciar o atendimento ou não às regras pode ter sido crucial para o aumento no seguimento de regras pelas crianças. Esse aumento não significou, entretanto, um seguimento a *todas as regras em todas as ocasiões*. Um aspecto importante, em termos funcionais, é que as próprias mães reconheceram, em diversas ocasiões, que o não seguimento era em decorrência do seu próprio comportamento, que era mantido por reforçamento negativo, ou seja, não consequenciam os comportamentos das crianças, principalmente quando as consequências estabelecidas na regra envolviam estímulos aversivos (retirada de privilégios, por exemplo), para evitar situações nas quais teriam que tolerar a frustração e raiva da criança. Essa inconsistência esporádica no estabelecimento das regras ainda foi observada na fase de pós-intervenção e seguimento, sugerindo a necessidade de uma dose maior de intervenção para acompanhar as mães na prática dessa habilidade.

Dentre as três outras questões, duas avaliavam os comportamentos das mães que poderiam favorecer a ampliação dos contatos sociais de seus filhos, como *Incentivar o filho a conversar com outras pessoas* e *Organizar reuniões em casa* para promover interação com outras crianças. Essas duas questões apresentaram pontuação bastante baixa na fase de pré-intervenção. Esse dado não constituiu surpresa, visto que, como identificado na literatura (McLaughlin & Harrison, 2006; Adesida & Foreman, 1999), mães de crianças com TDAH tendem a se isolar e isolar seus filhos de interações sociais.

Nesse conjunto de questões, os dados indicaram o quanto as interações dessas crianças eram restritas e controladas, favorecendo diferentes tipos de déficits em habilidades sociais. Entende-se que os comportamentos das mães tinham função de fuga-esquiva, uma vez que procuravam evitar problemas que poderiam surgir a partir dos comportamentos das crianças. Em decorrência disto, aumentava a probabilidade de manutenção dos comportamentos inadequados dos filhos devido à falta de oportunidades e de modelos para a aprendizagem de comportamentos sociais (Del Prette & Del Prette, 2005a).

A mudança positiva desses comportamentos, verificada na fase de pós-intervenção, mostra que a ampliação do repertório das mães, no sentido de mediar interações sociais, tinha a mesma função dos comportamentos de fuga-esquiva, ou seja, conseguiam evitar

problemas de forma similar, porém com a vantagem de ampliar as interações sociais da criança. Assim, o programa parece ter favorecido o encorajamento das mães em promover interações sociais, principalmente, aquelas destinadas ao desenvolvimento de amizades, que é um fator crítico para a criança com TDAH e essencial para o ajustamento socioemocional de qualquer criança (Hoza *et al.*, 2003), mostrando ainda que esse efeito do programa é condizente com as sugestões presentes na literatura que enfatizam a importância de programas voltados à ampliação da participação dos pais de crianças com TDAH na socialização dos filhos. (Hoza *et al.* 2003: Phelan, 2005).

Por último, a questão do IHSE, que questionava a respeito da *Solicitação de informação sobre o desempenho adequado do filho na escola*, também não se mostrou muito frequente na avaliação inicial. A mudança verificada na fase de pós-intervenção pode representar uma mudança na cultura familiar e escolar, em que sempre a ênfase recai sobre os comportamentos considerados inadequados. No caso de crianças com TDAH, a ênfase excessiva nos comportamentos-problema, pela escola e pela família, conduz a rótulos inapropriados como preguiçosos, desobedientes, incapazes de aprender e, consecutivamente, dificultam a percepção e exploração das capacidades reais das crianças nesses ambientes.

Além disso, como salientado por Hallahan e Kauffman (2003), o ambiente escolar pode recompensar o mau comportamento da criança com atenção e ignorar o comportamento adequado. Desta forma, ensinar pais a questionar sobre comportamentos adequados dos filhos na escola pode induzir a uma mudança na cultura escolar, em que as interações entre pais e escola também possam ocorrer em função dos comportamentos considerados adequados e, principalmente, contribuir para estabelecer um contexto que valoriza as potencialidades dessas crianças.

A elaboração e aplicação do IHSE, principalmente as questões que avaliavam a funcionalidade do comportamento das mães, ofereceram subsídios relevantes para a elaboração da intervenção. Contudo, percebeu-se certa dificuldade das mães em responder às questões tomando como referência os comportamentos sociais. Isto é, as primeiras respostas, na maioria das vezes, referiam-se aos desempenhos escolares, afazeres domésticos ou comportamentos delinquentes (roubar, matar, furtar). Essa constatação pode sugerir a necessidade de adequação de algumas questões, em futuros estudos, com uma descrição mais detalhada das questões e que remetam, mais prontamente, às habilidades sociais. Por outro lado, também pode estar denunciando, como verificado por Goldstein e

Goldstein (1994), que as dificuldades no relacionamento social são frequentemente menosprezadas, quando se consideram as outras dificuldades vividas por crianças hiperativas. Isso significa desconhecimento das relações e impactos do repertório de habilidades sociais sobre os problemas de comportamento e vice-versa e a necessidade de atuar para aumentar a valorização das habilidades sociais como um repertório essencial aos filhos nos diversos contextos onde participa.

Considerando os dados provenientes do IHSE-autorrelato, que remetem a comportamentos das mães no ambiente natural, portanto, fora do contexto terapêutico, foi possível verificar convergência com os dados obtidos na situação de observação, um ambiente que não reflete necessariamente as condições de vida diária, mas sim uma amostra dos comportamentos, condizente a algumas condições (Gardner, 2000). Nesse sentido, observou-se convergência relativa aos comportamentos de *Elogiar* os filhos e *Descrever/justificar comportamentos desejáveis*, que possuem características dos comportamentos verificados na Q4 (*Falar sobre comportamentos adequados*), de *Expressar Discordância e Reprovação* que se relacionam a Q5 (*Falar sobre comportamentos inadequados*) e de *Apresentar instruções* a Q1 (*Utilizar situações do dia-a-dia para ensinar sobre habilidades sociais*), evidenciando a possível validade externa (generalidade entre ambientes) do programa para as habilidades sociais educativas.

3 Efeitos do programa sobre indicadores de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica das crianças.

A discussão dos dados obtidos por meio do SSRS-BR, apresentada a seguir, priorizou os efeitos indiretos do programa sobre o desenvolvimento e aprimoramento dos comportamentos sociais e acadêmicos e diminuição dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças, permitindo avaliar mais pontualmente as possibilidades e limitações do programa em relação à sua validade externa.

Na fase de pré-intervenção, observou-se que o grupo de mães avaliou como mais deficitárias as subclasses de *Cooperação*, *Civilidade* e *Autocontrole* e o grupo de crianças as subclasses de *Responsabilidade*, *Autocontrole* e *Civilidade*. Na avaliação dos professores, os dados apontaram as habilidades de *Responsabilidade/Cooperação*, *Autocontrole* e *Cooperação com pares* como mais deficitárias. Esses dados, de forma geral, apontaram que a intervenção deveria, então, privilegiar essas classes, seguindo os

objetivos sugeridos por Del Prette e Del Prette (2005a) de ampliar o repertório de habilidades sociais e ou melhorar a frequência, funcionalidade e fluência das habilidades sociais disponíveis no repertório da criança e facilitar a generalização para diferentes ambientes e com diferentes interlocutores.

A constatação dessa similaridade, além de ter sido utilizada como determinante na escolha dos comportamentos-alvos para a intervenção, também pode ser útil para subsidiar programas futuros de treinamento para pais com caráter preventivo, no sentido de minimizar a ocorrência desses comportamentos considerados como os mais deficitários no contexto escolar e familiar e com maior probabilidade de obter mudanças bem-sucedidas. Como constatado por Hartman, Stage e Webster-Stratton (2003), crianças mais jovens com TDAH, que ainda não experimentaram fatores de risco secundários como fracasso escolar, rejeição social e convivência com grupos de pares desviantes, como resultado dos seus comportamentos aversivos, apresentam diminuída resistência à mudança quando comparadas a crianças mais velhas.

Na avaliação dos professores, as crianças apresentavam menor competência social, quando comparada à avaliação das mães e das próprias crianças. Alguns fatores, como a exigência de repertório em habilidades sociais mais amplo e variado, para atender às demandas da escolarização, podem favorecer uma avaliação que aponte mais déficits em habilidades sociais no contexto escolar. Adicionalmente, a possibilidade dos professores serem mais treinados na observação desse repertório de comportamento, aliada à oportunidade de proceder a comparações entre a criança sob avaliação e seus pares, podem contribuir para as divergências, em termos da frequência, encontradas nas avaliações de mães e de professores.

Sobre as controvérsias na literatura, a respeito do tipo de déficit, seguindo a proposta de Gresham e Elliott (1990), apresentado por essas crianças, embora não tenha sido objeto direto de investigação nesse estudo, a partir do conjunto de dados da fase de pré-intervenção, foi possível constatar que não há um padrão específico para todas as crianças com TDAH (Goldstein & Goldstein, 1994). Esses dados reforçam a pressuposição de que, embora crianças com diagnóstico de TDAH tenham características comuns, existe grande variabilidade na forma e no comportamento individual das crianças em vários contextos (Desidério & Miyazaki, 2007).

Nesse sentido, subentende-se que a caracterização de TDAH por si só não determina um padrão único de comportamento social para todas as crianças. Assim, se os

fatores biológicos podem aproximá-las em termos de caracterização para o diagnóstico, os fatores ambientais, principalmente os relacionados aos déficits, descritos por Del Prette e Del Prette (2005a), podem diferenciá-las em seus desempenhos sociais, sugerindo a importância da análise minuciosa desses fatores, que torna cada indivíduo com necessidades e possibilidades únicas.

Isso remete à suposição da existência de diferentes déficits para uma dada criança, de acordo com a sua história prévia de aprendizagem de determinadas classes de habilidades sociais, não podendo os déficits ser entendidos como mutuamente exclusivos. Assim, considera-se que a análise mais pertinente deva iniciar-se por uma determinada classe de habilidades sociais, buscando-se, a partir de uma análise funcional, entender as contingências mantenedoras das dificuldades de interação social relativas àquela classe e sua subclasse para aquela criança em particular. Por exemplo, os déficits de comportamentos da classe denominada *Civilidade*, em alguns casos, pareciam ser de *aquisição*, pela falta de modelo fornecido pelo contexto da criança; em outros casos, pareciam ser *deficits de desempenho*, em decorrência da falta de elogio e *feedback* fornecidos pelas mães, o que contribuía para a diminuição da probabilidade dessas crianças emitirem comportamentos como cumprimentar ou agradecer as pessoas ao redor, tornando a frequência desses comportamentos inferiores à esperada para a situação.

Essa suposição encontra respaldo no estudo de Grenell, Glass e Katz (citado por Nixon, 2001), ao verificar que crianças com TDAH exibem *deficits de aquisição* das habilidades sociais além das dificuldades com o *desempenho* de comportamentos socialmente apropriados. No presente programa, considerando a prevalência maior nos *deficits de aquisição e desempenho*, segundo o relato das mães nas sessões, a escolha das estratégias indicadas às mães nas tarefas de casa procurou privilegiar aquelas com maior impacto sobre esses déficits (Gresham, Sugai & Horner, 2001), o que pode ter favorecido os resultados positivos no desenvolvimento do repertório de habilidades sociais alvo da intervenção.

A similaridade no aumento de frequência de habilidades sociais, apresentada pelas crianças do GE, conforme os diferentes avaliadores na pós-intervenção, indica que o programa foi efetivo para o ensino e/ou aprimoramento dos comportamentos selecionados para intervenção no contexto familiar e escolar.

Conforme avaliação dos professores, a comparação entre pré e pós-intervenção indicou mudanças significativas nos comportamentos de *Assertão*. Esse achado é

semelhante ao de Freitas (2005), que também verificou mudança nessa subclasse na avaliação dos professores, sugerindo que esse modelo de programa tem impacto positivo (generalização) sobre os comportamentos assertivos no ambiente escolar. Não há dados suficientes para afirmar quais foram os componentes do programa que contribuíram para esse efeito, indicando a necessidade de estudos futuros que tentem isolar componentes de programas responsáveis por tal mudança no ambiente escolar. Porém, pode-se sugerir que os desempenhos aprendidos no ambiente familiar favoreceram um modo mais eficiente de agir na escola diante de demandas de assertividade (Freitas, 2005).

A generalização para o ambiente escolar, verificada nesse estudo, embora pequena em termos do número de classes de habilidades sociais, oferece uma perspectiva animadora quando comparada aos estudos da área de TDAH (Frankel *et al.*, 1997; Pfiffner & McBurnett, 1997), visto que não foi oferecido atendimento direto às crianças o que, provavelmente, somar-se-ia à mediação dos pais, aumentando a probabilidade da generalização.

Para as demais classes de habilidades sociais, a ausência de generalização dos efeitos do programa para o ambiente escolar mostra o caráter situacional das habilidades sociais e a necessidade de incluir, no programa, módulos mais específicos para o objetivo de promover/garantir generalização. Considerando que esses módulos seriam voltados a ensinar mães para que posteriormente pudessem ensinar seus filhos, dentre os procedimentos destacados na literatura para promover a generalização do Treinamento de Habilidades Sociais (Gresham & Elliott, 1990; Milan & Mitchel, 1996), pode-se sugerir uma intensificação das estratégias que visam: (a) ampliar a escolha e treinar comportamentos relevantes, isto é, aqueles que são funcionais em diversos contextos; (b) variar o modo de ensinar o mesmo comportamento e (c) ensinar vários modos de responder às mesmas situações. Essas três possibilidades parecem plausíveis de inclusão em um treinamento para pais e poderiam ser testadas antes de incluir estratégias que envolvam outros agentes, como professores e pares, os quais de certa forma apresentam dificuldades com relação à motivação, treinamento e acompanhamento, como descrito por Milan e Mitchel (1996).

Ainda com relação às habilidades sociais, inesperadamente também foram verificadas mudanças significativas para o GC na avaliação realizada pelas mães na pós-intervenção, porém no sentido oposto ao desejável, ou seja, essas não representaram melhoria do repertório de habilidades sociais, mas sim um repertório mais deficitário

quando comparado à condição inicial. A diferença entre as médias obtidas nos dois momentos de avaliação indicou que as avaliações mais negativas foram nas subclasses de *Cooperação, Iniciativa e Desenvoltura Social e Asserção*, sendo que somente na subclasse *Civilidade* foi verificada mudança significativa, seguindo a mesma tendência negativa verificada no escore total. A análise individualizada dos escores totais e fatoriais apontou essa tendência para sete das oito mães do GC, não sendo, portanto, possível atribuir esse resultado a alguma variável individual. As variáveis que poderiam ter favorecido tais mudanças não são claras, no entanto, três hipóteses foram levantadas: (a) época em que foi realizada a avaliação de pós-intervenção; (b) comportamentos de difícil manejo pelas mães e (c) ausência de tratamento com tendência a piora.

Na primeira hipótese, sugere-se que a avaliação de pós-intervenção realizada quase ao final do ano letivo, época em que as mães são pressionadas a participar mais da vida dos filhos, pode ter gerado uma percepção mais acurada do desempenho do filho ou ficar sob influência das reclamações da escola. Essa possibilidade precisa ser verificada em pesquisas futuras. Porém, parece viável sugerir que a intervenção pode favorecer avaliação mais contextualizada dos comportamentos das crianças, enquanto que mães que não passaram ainda por esse processo tendem a fazer uma avaliação mais pontual, isto é, mais sob controle do momento vivenciado, como a pressão vivida no final do ano letivo ou em decorrência das reclamações provenientes dos professores.

Na segunda hipótese, analisando as classes em que foram relatadas perdas, percebeu-se que algumas delas se referiam a comportamentos de atentar para algum evento e realizar atividades sem ser lembrado (comportamentos de cooperação), que envolvem duas funções (atenção e lembrar) seriamente comprometidas em crianças com TDAH. Isso mostra, portanto, que é pouco provável a manutenção desses comportamentos, no caso de crianças com TDAH, sem monitoramento constante e consequências imediatas (Barkley, 2002). Essa hipótese baseia-se nos dados obtidos com as mães durante a aplicação do IHSE-autorrelato, em que relatavam “*ter se cansado*” de mandar fazer as tarefas (domésticas e escolares) para evitar aborrecimentos, preferindo elas mesmas realizarem as tarefas domésticas que eram “obrigação” da criança e deixando a critério da criança a realização ou não da tarefa escolar. Essa falta de monitoramento e/ou de consequências pode ter ocasionado a diminuição da frequência de comportamentos pelas crianças.

Por outro lado, entende-se que o reforço social do grupo, o reforçamento dado pela alteração no comportamento dos próprios filhos, os modelos dados e os sucessos dos

outros pais com seus filhos podem representar variáveis importantes para a motivação das mães do GE, que apresentavam mais comportamentos de monitoria e emissão de consequências contingentes aos comportamentos das crianças. Identificar quais são os componentes ativos do programa que possam ter sido críticos para a manutenção do comportamento das mães do GE requer estudos futuros, possivelmente com grupos placebos que adotam delineamento fragmentado (Rocha, Del Prette & Del Prette, s.d.).

A terceira hipótese sugere que a falta de ajuda ou de intervenção profissional pode, de fato, ter contribuído para a persistência e/ou ampliação dos déficits em comportamentos sociais e dos problemas de comportamento, levando a problemas de interações sociais ainda mais sérios. Essa hipótese baseia-se em dados de estudos que afirmam haver a intensificação das dificuldades de interação social apresentadas por crianças com TDAH com o passar do tempo, devido aos constantes fracassos nessas interações (Goldstein & Goldstein, 1994), aliados a outros estudos que situam o desenvolvimento das habilidades sociais em crianças com TDAH como um das tarefas mais difíceis para os pais (Barkley, 2002; Mattos, 2006). Dessa forma, se o transcorrer do tempo (sem intervenção) favorece a maximização de problemas sociais e se os pais, sem uma ajuda profissional efetiva, não conseguem minimizá-los, pode-se sugerir que as crianças do GC, de fato, ampliaram sua gama de problemas nas interações interpessoais.

Na fase de seguimento, considerando a oscilação dos valores dos escores fatoriais, verificou-se ganhos adicionais nos comportamentos de *Autocontrole* e diminuição na emissão dos comportamentos de *Civilidade* e *Cooperação* na avaliação das mães e mudança negativa na posição percentil dos comportamentos de *Civilidade* na avaliação das crianças. A ausência da avaliação de seguimento com o grupo controle não permite estabelecer relações válidas sobre esse efeito. No entanto, considerando os dados de pós-intervenção, observou-se que o grupo controle também apresentou perdas acentuadas nos comportamentos de *Civilidade* e *Cooperação*, quando seu desempenho inicial e final foi comparado. Esse dado pode sugerir que, especificamente para essas subclasses, os sintomas do TDAH podem interferir na discriminação das ocasiões favoráveis à emissão dos comportamentos, que é essencial para um desempenho competente desses comportamentos. Em outras palavras, esse padrão pode estar relacionado mais a *déficit de desempenho* do que de *aquisição*, que é próprio do quadro de TDAH, ou seja, as crianças sabem o que devem fazer, mas quando chega a hora de emitir os comportamentos, elas não fazem (Phelan, 2005). Isso pode ter implicações para treinamento futuro, que remete à

necessidade de estratégias mais específicas para superar esse tipo de déficit (Gresham & Elliott, 1990).

Considerando os dados relativos aos problemas de comportamento, a comparação entre os dois grupos mostrou que ambos não apresentavam as mesmas condições iniciais, com as crianças do GE sendo avaliadas pelas mães e professores com significativamente mais problemas de comportamentos do que as crianças do GC. A análise mostrou que os grupos diferiam-se nos problemas internalizantes e externalizantes, mas não nos comportamentos de hiperatividade.

A ausência de diferença entre os grupos no fator hiperatividade, de certa forma, indica que os procedimentos utilizados na avaliação diagnóstica, para selecionar crianças com TDAH, foram suficientemente precisos para evitar indicação de falso-positivos, em que crianças de baixo risco para TDAH poderiam ter sido erroneamente identificadas como de alto risco. A análise da posição em relação à amostra normativa reafirma essa evidência ao indicar que as crianças dos dois grupos apresentavam uma classificação crítica nos indicadores de problemas de comportamento, incluindo a hiperatividade, ou seja, ambos os grupos estavam dentro de uma estimativa em percentil (+80) esperada para crianças com TDAH, como identificado por Plumer e Stoner (2005).

As diferenças obtidas entre os grupos não eram esperadas devido à alocação aleatória das crianças. No entanto, sabe-se que tamanho reduzido de amostras, como nesse estudo, pode aumentar a probabilidade dos grupos diferirem sistematicamente antes da manipulação da variável experimental (Cozby, 2003). Essa diferença entre os grupos pode ter implicações sobre a dosagem da intervenção e as estratégias nela utilizadas, visto que a severidade dos problemas de comportamentos na aquisição e/ou desempenho das habilidades sociais, e vice-versa, requer diferentes estratégias (Gresham & Elliott, 1990), e ajuste da duração e intensidade do tratamento (Gresham *et al.*, 2001).

Considerando as características das crianças do GE (elevado índice de problemas de comportamento), no presente estudo houve a necessidade de alteração da sequência do programa das sessões para tratar de assuntos relativos a problemas de comportamento (ameaças com armas brancas e agressões físicas), buscando-se intensificar o treinamento de habilidades requeridas nas formas alternativas de lidar com provocações. Com relação à dosagem, a elaboração inicial do programa em formato grupal não foi alterada, mas as sessões individuais tiveram um importante papel de apoio na redução de problemas de comportamento, o que representou um aumento na “dosagem” do programa.

Obviamente ainda há necessidade de mais pesquisas na área de habilidades sociais educativas que avaliem sistematicamente a relação entre dosagem do tratamento e seus efeitos quando filhos dos participantes apresentam elevados índices de déficits sociais e problemas de comportamento. A literatura de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2001b; Gresham *et al.*, 2001), que sugere uma dosagem mínima 30 horas de treinamento de habilidades sociais, não se refere necessariamente a treinamento de habilidades sociais educativas que, enquanto modelo triádico, pode ser bem mais complexo quando comparado ao modelo diádico. Essa constatação representa um desafio a ser enfrentado pelos programas para pais que precisam elucidar a relação entre dosagem do tratamento e resultados alcançados.

Os resultados do programa sobre os problemas de comportamento, na fase de pós-intervenção, demonstraram que não foram mais observadas diferenças significativas entre os grupos nos escores totais e fatoriais, tanto no ambiente familiar como escolar. Com relação aos efeitos do treinamento sobre os indicadores de problemas de comportamentos, a avaliação pré e pós-intervenção mostrou mudanças significativas para o GE nos comportamentos externalizantes e internalizantes, mas não nos de hiperatividade. Na fase de seguimento, essas mudanças foram mantidas na avaliação de mães e professores. A partir desses dados, é possível afirmar que o treinamento de habilidades sociais educativas pode contribuir na redução de problemas externalizantes e internalizantes, porém não apresentou efeitos significativos sobre os comportamentos de hiperatividade, pelo menos no curto prazo de avaliação desse estudo.

A literatura sobre a efetividade de programas de Treinamento de Habilidades Sociais, que incluíram atendimento direto às crianças com TDAH e/ou seus pais, mostra efeitos diversificados sobre os problemas de comportamento. Por exemplo, o estudo de Frankel *et al.* (1997) não apontou diferença significativa nas escalas de hiperatividade e comportamentos internalizantes. Já o estudo de Pfiffner e McBurnett (1997) mostrou diferença nas escalas de problemas externalizantes entre os grupos e internalizantes na comparação intragrupos (a hiperatividade não foi avaliada). As diferenças metodológicas e de conteúdo da intervenção não permitem comparações pontuais entre os estudos, entretanto, apontam que o Treinamento de Habilidades Sociais pode ter efeito sobre esses comportamentos, principalmente sobre os externalizantes.

Para as mudanças verificadas nos comportamentos externalizantes, as considerações feitas por Pfiffner e McBurnett (1997) parecem pertinentes também ao

presente estudo. A autora sugere que, mesmo sem focalizar estratégias específicas para o manejo de comportamento, algumas informações no decorrer das sessões e a utilização de estratégias alternativas (por exemplo, reforçamento de comportamentos adequados) podem ter sido utilizadas pelos pais tanto para manejo de comportamentos problemáticos da criança como para a manutenção das Habilidades Sociais. Com relação aos problemas internalizantes, entende-se que os mesmos processos possam ter ocorrido.

Uma explicação alternativa é a possibilidade de que a ocorrência dos problemas de comportamento possa variar em função do repertório de habilidades sociais, ou seja, quanto maior o nível de habilidades sociais, menor a ocorrência de problemas de comportamento (Bandeira, Rocha Souza, Del Prette & Del Prette, 2006), provavelmente, em decorrência das habilidades sociais tornarem-se comportamentos competitivos e substitutos, no sentido de ter a mesma equivalência funcional dos problemas de comportamento (Gresham *et al.*, 2001).

Com base nessa hipótese e considerando que, no presente estudo, nem todas as classes de habilidades sociais, embora deficitárias, foram alvos da intervenção, poder-se-ia sugerir que o reduzido número de classes, como alvo da intervenção, não foi suficiente para competir com a elevada presença de problemas de comportamento apresentados pelas crianças. A ampliação das classes de habilidades sociais e o prolongamento do programa a médio prazo poderiam ter produzido efeitos ainda mais significativos na redução dos problemas de comportamento.

Com relação à ausência de diferença entre os grupos no fator hiperatividade, na comparação entre as avaliações de pré e pós-intervenção, deve-se considerar que as crianças de ambos os grupos estavam medicadas, o que pode ter afetado a avaliação das mães e contribuído para a equivalência entre os grupos com relação a esse fator, mas não para os outros. Essa constatação baseia-se na evidência de que a medicação afeta os sintomas primários do TDAH, sem efeitos sobre transtornos adicionais tais como agressividade, conflitos familiares, comportamento opositor, isolamento, timidez dentre outros (Barkley, 2002), favorecendo a percepção de mudanças nos comportamentos externalizantes e internalizantes apresentados pelas crianças, mas não nos de hiperatividade, supostamente estabilizada com a medicação.

Certamente, a falta de efeitos sobre os sintomas do TDAH, observada nesse estudo, precisa ser verificada em futuras pesquisas que adotem uma metodologia similar ao atendimento oferecido às mães. Além disso, seria necessário proceder à avaliação do

impacto do programa sobre os sintomas do TDAH a partir dos mesmos instrumentos e critérios diagnósticos (baseados no DSM-IV) que foram utilizados na seleção da amostra.

De qualquer modo, os dados relativos à redução de problemas de comportamento mostram que a abordagem com pais, focalizando apenas as habilidades sociais de seus filhos, pode favorecer a redução dos problemas de comportamento, mesmo sem um trabalho sistemático para o controle desses comportamentos ou inclusão do treinamento direto junto às crianças, como verificado nos estudos internacionais. Esse parece, portanto, um caminho promissor para a redução dos problemas de comportamento e com efeitos benéficos para as crianças, pois como argumentado por Kern *et al.* (2007), o fato de programas para pais favorecerem a redução significativa de problemas socioemocionais e acadêmicos lança a promessa de diminuir as sequelas danosas que seguem essas crianças a longo prazo. Também mostra quanto os programas mistos (junto às crianças e pais) deve sua eficácia à intervenção com os pais.

Com relação à competência acadêmica, verificou-se que não houve diferença entre os grupos na fase de pós-intervenção, mas sim entre os dois momentos da avaliação do GE, demonstrando ganhos em relação à sua condição inicial e manutenção deles na fase de seguimento. Dados provenientes de estudos que analisaram a relação entre habilidades sociais e competência acadêmica (Del Prette & Del Prette, 1997, Del Prette & Del Prette, 2005a; Feitosa, 2007) evidenciam a relação entre essas variáveis ao constatarem que crianças mais habilidosas socialmente apresentam melhor desempenho acadêmico.

Em pesquisas aplicadas, Barros (2008) e Molina (2007) verificaram que capacitar educadores em habilidades sociais favorece o desempenho acadêmico dos educandos (alunos/filhos). Assim, a relação observada nesse estudo entre o aumento da frequência de habilidades sociais e o seu impacto positivo sobre a competência acadêmica pode ser considerado como mais um apoio experimental a essas evidências, principalmente, porque não foi realizado qualquer trabalho sistemático em relação à competência acadêmica. Deve-se considerar ainda que como a relação entre habilidades sociais e competência acadêmica é mediada pela competência cognitiva (Feitosa, 2007), pode ainda esperar mudanças adicionais, a médio prazo, na competência acadêmica, derivadas ou associadas a ganhos cognitivos decorrentes das aquisições observadas em habilidades sociais.

Provavelmente, a falta de diferença verificada entre os grupos deva-se à influência ainda persistente dos problemas de comportamento, visto que estudos têm mostrado que quanto maior é a frequência de comportamentos problemáticos menor é a competência

acadêmica (Bandeira *et al.*, 2006), sugerindo a necessidade de módulos específicos para minimizar os problemas de comportamento apresentados por essas crianças.

Além disso, a melhora na competência acadêmica também pode ter sido favorecida pela ampliação das habilidades sociais educativas das mães, uma vez que elas se aplicam a qualquer interação que tem como objetivo o desenvolvimento e a aprendizagem do educando (Del Prette & Del Prette, no prelo-b), não se restringindo apenas ao ensino das habilidades sociais. Assim, quando estas são generalizadas podem favorecer diversas aprendizagens, incluindo aquelas relacionadas à competência acadêmica.

Desta forma, considerando os dados de problemas de comportamento e de competência acadêmica parece plausível supor que a melhora das habilidades sociais tem impacto sobre esses dois domínios. No entanto, não se pode excluir a possibilidade de que as mães possam ter generalizado as estratégias aprendidas de promoção das habilidades sociais para outros domínios como problemas de comportamento e competência acadêmica.

Os resultados apresentados mostram que o impacto positivo do programa nas diferentes medidas, não obstante não tão robustos quanto se desejaria, podem ser vistos como direção importante de intervenção que focalizou exclusivamente o atendimento às mães do GE com vistas ao desenvolvimento dos comportamentos sociais dos seus filhos com TDAH. Além disso, tais mudanças podem ser atribuídas ao programa, fornecendo evidências empíricas de sua efetividade.

4 Validade Social do Programa

4.1 Importância atribuída às habilidades sociais por mães e professores

Com relação à importância atribuída às habilidades sociais avaliadas pelas mães e pelos professores, por meio do SSRS-BR, pode-se considerar que: (a) o programa apresenta validade social à medida que atende a objetivos e a demandas valorizados pelo usuário (mães) e (b) o programa ampliou ainda mais a valoração desse repertório das crianças pelas mães, uma vez que elas passaram a considerar um número maior de itens avaliados como “importante” ou “muito importante” para seus filhos após a intervenção. Esse aumento representou diferença significativa entre os grupos, visto que não tinha sido observado inicialmente na fase de pré-intervenção, o que aponta também para a validade social do programa.

Quanto às subclasses de habilidades sociais mais valorizadas, foi observada diferença significativa entre os grupos nos comportamentos de *Cooperação*, *Civilidade*, *Autocontrole* e *Asserção Positiva*, com as mães do GE, após a intervenção, mostrando mais valoração dessas subclasses do que as mães do GC. No caso do professores, foram mais valoradas as habilidades de *Autocontrole*, *Autodefesa* e *Cooperação com pares* tanto na fase de pré-intervenção como na de pós-intervenção, não sendo verificada nenhuma diferença significativa entre os grupos ou entre os diferentes momentos da avaliação. A valoração dos comportamentos de *Autocontrole* e *Cooperação*, pelos professores do ensino regular, é similar ao verificado por Lane, Givner e Pierson (2004), os quais também identificaram maior valoração dessas habilidades pelos professores por considerá-los essenciais ao sucesso acadêmico de seus alunos.

Com relação aos dados de mães e professores, observa-se que esses diferentes avaliadores julgaram similarmente como importantes as subclasses de *Cooperação* e *Autocontrole*, sugerindo a importância desse repertório tanto para o contexto escolar como para o familiar de crianças com TDAH. As diferenças, por outro lado, podem ter ocorrido em função do caráter situacional das habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 1999), em que a valorização depende das demandas presentes em contextos distintos como o escolar e o familiar.

Além dos dados provenientes do SSRS-BR, no contato inicial com as mães, durante a apresentação da proposta de atendimento, os relatos das mães mostraram que a atribuição de importância às habilidades sociais ficava muito aquém daquela atribuída ao desempenho acadêmico dos filhos, provavelmente em decorrência das contingências culturais que, em termos de escolarização, ainda priorizam os aspectos eminentemente acadêmicos.

Assim, durante todo o programa, foi discutida a importância de cada uma das habilidades escolhidas como alvo de treinamento. Porém, a mudança na valorização das habilidades sociais pelas mães, na fase de pós-intervenção, não pode ser creditada somente aos argumentos verbais apresentados na sessão, pela terapeuta e mesmo por algumas mães, mas sim, certamente, às consequências naturais advindas das modificações do contexto, propiciadas pelas mães que, conseqüentemente, favoreceram a modificação do comportamento das crianças, principalmente, nas interações familiares, facilitando o reconhecimento do valor funcional das habilidades sociais para as interações no contexto familiar e fora dele.

Isso é relevante por considerar que a valoração de um comportamento pelos pais pode, em médio prazo, aumentar a probabilidade das mães o consequenciarem positivamente, garantindo sua manutenção bem como ser uma condição necessária, a longo prazo, para o estabelecimento de interações sociais que favoreçam o refinamento e a ampliação do repertório de habilidades sociais requeridas nos diferentes contextos e fases do desenvolvimento da criança.

4.2 Avaliação do programa pelas mães do GE

A primeira parte do instrumento, *Questionário para Avaliação do Programa (QAP)*, procurou avaliar o nível geral de satisfação com o programa. A avaliação mais positiva foi em relação à possibilidade de indicação do programa a outras pessoas e à disposição em participar novamente de programas similares, que são dois aspectos indicativos de validade social da intervenção (Schwartz & Bar, 1991). As mães avaliaram com menor índice de satisfação os seguintes aspectos do programa: atendimento às suas necessidades, duração do programa e treinamento recebido. A falta de dados qualitativos não permite uma avaliação mais pontual de cada uma dessas questões, a fim de identificar as variáveis que poderiam ser responsáveis pelo menor índice de satisfação nesses itens específicos do programa.

De qualquer forma, os dados de modo geral indicaram a aceitabilidade e a viabilidade do programa de intervenção, mas também a necessidade de aprimoramento no planejamento de futuros programas com essas características (Schwartz & Baer, 1991), a fim de atender às expectativas dos participantes e aumentar a sua satisfação. Assim, não se pode desconsiderar a necessidade de avaliação mais sistemática em todas as questões para melhor compreender as variáveis associadas a maior ou menor satisfação das mães com o programa.

Considerando os dados relativos à importância atribuída a cada um dos procedimentos utilizados no decorrer do programa (segunda parte do instrumento), observou-se atribuição de valores menores aos procedimentos que envolviam o *Treinamento direto da habilidade e modelos de comportamento*. Essas atribuições devem-se provavelmente ao tipo de atividade envolvida, isto é, no Treinamento de Habilidades Sociais, as estratégias fundamentais envolvem a participação ativa (treinamento direto) da habilidade que pode, em sessão grupal, representar uma situação com efeitos emocionais

aversivos tais como vergonha, ansiedade e receio de avaliação. O mesmo pode ter acontecido com a estratégia em que o coordenador oferece modelo às mães e elas têm que desempenhar o comportamento seguindo o modelo dado. Assim, a avaliação das mães pode ter ficado mais sob controle da situação de treinamento em si do que propriamente da eficácia dessas estratégias para o desenvolvimento da habilidade e os efeitos delas para a interação com os filhos.

Por outro lado, a avaliação mais positiva dos procedimentos de *sugestões oferecidas pelo grupo e terapeuta de alternativas comportamentais* e as *tarefas de casa* demonstra a importância de estratégias que direcionam o comportamento das mães na interação com os filhos, ou seja, são estratégias que descrevem o quê e como fazer em uma situação específica no ambiente familiar. Isso demonstra o valor pragmático dessas estratégias que provavelmente aumentam e facilitam a emissão das habilidades no ambiente familiar, trazendo consequências reforçadoras e, assim, favorecendo a manutenção do comportamento. Em outras palavras, são estratégias que facilitam a generalização da habilidade para o ambiente familiar e talvez por isso sejam as mais valorizadas, pois representam o valor prático do programa para a vida do cliente. Esse dado também pode ser particularmente importante para explicar a adesão ao tratamento verificado nesse estudo (poucas faltas e realização das tarefas de casa), pois, como salientaram Lane, Beebe-Frankenberger, Lambros e Pierson (2001), a adesão à intervenção parece ser precedida pela aceitabilidade da mesma.

Com relação à avaliação sobre o quanto as mães sentiam-se preparadas em cada uma das habilidades, observaram-se médias bastante satisfatórias. A menor média observada em *Empatia* provavelmente deve-se a não inclusão dessa habilidade durante a fase de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas, pois sistematicamente em apenas uma sessão, na fase de Treinamento das Habilidades Sociais Cotidianas, foi realizado treinamento dessa habilidade. Talvez isso tenha levado as mães a se avaliarem como não suficientemente preparadas para serem empáticas nas situações cotidianas com os filhos.

Limitações e encaminhamentos para futuras pesquisas

Nesse trabalho, considera-se que uma das limitações diz respeito à avaliação dos indicadores de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica das crianças, que foram aferidos apenas por meio de relato verbal, o que pode ocasionar

vieses, principalmente, no que diz respeito à natureza genérica dos itens em contraste com o caráter situacional das habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 1999).

Ainda considerando as limitações desse estudo, é importante salientar que esses dados não se aplicam a todas as crianças com TDAH. O pequeno número de participantes, a seleção a partir de uma amostra clínica e a participação de crianças somente do sexo masculino impõem restrições quanto à generalização dos dados.

Embora tenham sido adotados cuidados metodológicos, a avaliação da fase de seguimento, especificamente aquela realizada pelos professores, precisa ser vista com cautela, pois a troca de avaliadores nessa fase constitui uma condição diferenciada de avaliação que pode ter ocasionado vieses com atribuições de escores mais altos ou mais baixos nessa fase do que os avaliadores iniciais.

Contemplando os instrumentos de avaliação, o de Indicadores de Habilidades Sociais Educativas (IHSE-autorrelato), mesmo testado anteriormente em um estudo-piloto, é um instrumento que ainda precisa de evidências quanto à objetividade dos enunciados das questões, portanto, necessita de estudos sobre qualidade psicométrica. Por outro lado, considera-se que a abordagem qualitativa utilizada nesse instrumento pode ter ajudado no entendimento das experiências desses pais e, consecutivamente, favoreceu seleção de abordagens de intervenção mais efetivas para ajudá-los (McCleary & Ridley, 1999).

Além do aprimoramento desse instrumento, há necessidade também de reavaliar o tempo destinado a cada atividade estruturada para as sessões de observação. Essa necessidade decorre da recusa inicial das crianças, principalmente na fase de seguimento, em realizar essas atividades, alegando que eram repetitivas. Como o estudo priorizou os cinco minutos iniciais, nos quais ocorriam os comportamentos mais frequentemente, é possível que apenas a observação durante esse tempo possa ser suficiente e ainda contribuir no sentido de melhorar a colaboração das crianças. Outra possibilidade é a criação de situações/atividades estruturadas equivalentes para avaliar o mesmo repertório.

Com relação ao programa proposto, embora tenha sido verificado impacto positivo sobre as medidas finais, algumas modificações e/ou ajustes em futuras pesquisas parecem pertinentes. Dentre elas, podem-se destacar:

a) Fase de Sensibilização: inclusão de uma sessão que operacionalize para as mães os comportamentos das classes de habilidades sociais infantis bem como a sua importância para a vida social, escolar e familiar das crianças. Somente a leitura, pelas mães, de uma

apostila que descrevia cada uma dessas habilidades e a posterior discussão na sessão, como utilizada nesse estudo, além de adicionar tarefas às mães fora da sessão (nem sempre realizada), implicou na ampliação do tempo de sessão para discutir as habilidades. Uma discussão prévia e pormenorizada na fase de sensibilização poderia reduzir o tempo de discussão dos comportamentos na fase de treinamento, necessitando apenas retomá-los de forma mais genérica com o intuito de relembrar às mães cada um deles.

b) Fase de Treinamento das Habilidades Sociais Educativas: sugere-se a inclusão das sessões adicionais relativas às tarefas acadêmicas como um módulo permanente na fase de treinamento das habilidades sociais educativas. O interesse das mães por essa habilidade e a importância dessa habilidade para a criança com TDAH, no contexto escolar, justificavam plenamente essa inclusão.

Ainda com relação ao programa, a avaliação pelas mães mostrou que elas consideraram que nem todas as necessidades ou expectativas foram plenamente atingidas. Desse modo, parece necessário que também sejam realizadas avaliações no decorrer do programa, enquanto ainda está sendo implantado, para garantir ajustes da intervenção, caso necessário, de modo a atender tanto as expectativas dos participantes como para atingir satisfatoriamente os objetivos da pesquisa.

Finalmente, considera-se que, em futuras pesquisas especialmente voltadas às crianças com TDAH, haja módulos específicos focalizando os comportamentos problemáticos e ainda que seja testado se a ampliação de determinadas habilidades sociais pode ser suficiente para inibir ou reduzir a frequência desses comportamentos (Del Prete & Del Prete, 2005a).

Considerando que o presente estudo realizou somente atendimento às mães, futuros estudos poderiam comparar um atendimento com essas mesmas características com um programa que envolva a participação da criança, de modo a elucidar a efetividade do treinamento das habilidades sociais educativas em um modelo triádico para o desenvolvimento das habilidades sociais dos seus filhos. Também se faz necessário, em futuras pesquisas, elucidar as relações entre as variáveis de maneira a mostrar um quadro mais detalhado dos elementos do programa responsáveis pelas mudanças terapêuticas.

Apesar das adequações necessárias e perspectivas de investigação futuras, apresentadas anteriormente, considera-se que o programa tem algumas bases que devem ser mantidas em estudos futuros:

(a) atendimento em grupo, por permitir discussão coletiva dos problemas encontrados na educação dos filhos, o levantamento e o questionamento das soluções propostas e a modificação de percepções e concepções (Silva *et al.*, 2000);

(b) os atendimentos individuais paralelos que possibilitam modelagem de habilidades sociais específicas por meio de modificação de procedimentos e/ou instrução para surtir os efeitos desejados (Del Prette & Del Prette, 1999);

(c) sequência adotada na condução das sessões por ser um procedimento que permite distribuir o tempo de atendimento, sinalizando aos participantes que as sessões têm uma sequência de objetivos a serem cumpridos (Freitas, 2005);

(d) a seleção dos comportamentos das crianças com base na validade social (atribuição de importância pelas mães), que pode favorecer o reconhecimento das mães sobre a relevância do programa para suas necessidades e a consecutiva adesão ao tratamento (Elliott, Gresham, Frank & Beddow, 2008);

(e) a verificação da funcionalidade dos comportamentos parentais e infantis para identificar as contingências responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção dos comportamentos para posteriormente selecionar estratégias que possibilitem o controle e a manipulação das condições ambientais responsáveis pelo comportamento (Northup & Gulley, 2001);

(f) manutenção das informações sobre TDAH nas primeiras sessões de sensibilização, enfatizando as causas, os efeitos do transtorno sobre comportamentos e a educação formal e informal e o impacto sobre as relações sociais e seus efeitos, pois como salientou Ghanizadeh (2007), esse é o ponto de partida para o manejo e o tratamento efetivo dessas crianças.

Referências

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, M., & Pollack, S. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (7), 820-829.
- Adesida, O. & Foreman, D. (1999). A support group for parents of children with hyperkinetic disorder: an empowerment model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4 (4), 567–578.
- Alfano, A., Coutinho, G. & Vianna, R. (2008). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: quadro clínico, neuropsicologia e tratamento psicoterápico. In: Sennyey, A. L.; Capovilla, F. C & Montiel, J. M. (Orgs). *Transtornos de aprendizagem da avaliação a reabilitação* (pp.95-113). São Paulo: Artes Médicas.
- Almeida, M. A. *Variável dependente e sistemas de mensuração*. (s.d.). Manuscrito apresentado pela autora na disciplina “O Ensino do Indivíduo Especial” do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar. Disponível somente com a autora.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105 (5), 1158-1170.
- Antshel, K. M., & Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32, 153-165.
- Andrade, E. R. Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. (2003). In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A & Magalhães, T. (s.d.). *Escala de avaliação das habilidades sociais de estudantes do ensino fundamental: validação transcultural para o Brasil*. (Texto encaminhado para publicação).
- Bandeira, M., Barroso, S. M. Reis, F. V., Gaspar, T. R. & Silva, M. M. (2004). Competência social de psicóticos: o comportamento de alternância da fala em situações de fazer e receber críticas. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 143-159.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Souza, T. M. P., Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 199-208.
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J. & Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child & Family Studies*, 17 (1), 28–43.

- Barros, S. K. S. N. (2008). *Treinamento de habilidades sociais para pais de crianças com queixas escolares*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed. 327p.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A., & Fletcher, K. F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450–462.
- Barreto, D.C. (2006). *Treinamento parental: contribuições para mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Monografia. Pós-Graduação em Psicologia Aplicada à Educação. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martínez, J. V., Cumba, E. & Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of latino/hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (2), 166–179.
- Benczik, E. B. P. & Bromberg, M. C. (2003). Intervenções na escola. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Bender, W. N. (1997). *Understanding ADHD: a practical guide for teachers and parents*. New Jersey: Prentice-Hall, 276 p.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1215-1220.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*; 366, 237–48.
- Biederman, J., Faraone S. V. & Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1556–1562.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montanher, A. R. P., Bandeira, M. & Del Prette, A. (2006). A área de habilidades sociais no Brasil: uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (Orgs.). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp.17-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Boo, G. M. & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78–97.
- Brasil. (2006). *Dados da Educação Especial no Brasil*. SEESP – Coordenação Geral de Planejamento. Brasília: MEC/INEP. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/>>. Acesso em: 10 de setembro de 2006.
- Brasil, Ministério da Educação. (2002a). *Estratégias e Orientações para a educação de alunos com dificuldades de aprendizagem associadas às condutas típicas*. Brasília: MEC/SEESP. 56 p.
- Brasil, Ministério da Educação.(2002b). *Projeto Escola Viva – Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola – Alunos com necessidades educacionais especiais* (série 2). Brasília: MEC/SEESP.
- Brasil, Ministério da Educação. (2001). *Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica*. Brasília: MEC/SEESP. 79p.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486–502.
- 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 ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (1), 1-27.
- Coes, M. C. R. (1999). Distúrbio e déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. In: Sobrinho, F. P. N. & Cunha, A. C. B. C. (Org.). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões* (pp.59-88). Rio de Janeiro: Dunya.
- Condemarin, M., Gorostegui, M. E. & Milicic, N. (2006). *Transtorno de déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Corcoran, J. & Dattalo, P. (2006). Parent involvement in treatment for ADHD: a meta-analysis of the published studies. *Research on Social Work Practice*, 16 (6), 561-570.
- Correia Filho, A. G. & Pastura, G. (2003). As medicações estimulantes. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (1S), 60–72.

- Cypel, S. (2007). Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos.
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health & Development*, 32 (2), 193–204.
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M. & Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder, *Neuropsychology Review*, 17 (1) 73-89.
- Danforth, J. S., Harvey, E., Wendy R., Ulaszek, 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* (In Press), 1- 18. www.elsevier.com/locate/jbtep.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Desidério, R. C. S. & Miyazaki, M. C. O. S. (2007) Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (1), 165-176.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (1997). Habilidades sociais e construção do conhecimento em contexto escolar. In: Zamignani, D. R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (v. 3, pp. 234-250). São Paulo: ARBytes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho*. São Paulo: Vozes.
- Del Prette Z. A. P. & Del Prette, A. (2001a). *Inventário de Habilidades Sociais: aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001b). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette Z. A. P. & Del Prette, A. (2005a). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005b). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Avaliação multimodal de habilidades sociais em crianças: procedimentos, instrumentos e indicadores. In: Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (Orgs.). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 47-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo-a). Adolescência e fatores de risco: A importância das habilidades sociais educativas. In: F. J. Penna & V. G. Haase (Orgs.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Del Prette A. & Del Prette, Z. A. P. (no prelo-b). Habilidades sociais educativas na educação especial e inclusão. In: Almeida, M. A.; Mendes, E. G.; Hayashi, C. P. I. (Orgs.). *Temas em Educação Especial: tendências e perspectivas*. Londrina: EDUEL.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (s.d.). *Avaliação e promoção de habilidades sociais de crianças e adolescentes*. (Processo CNPq nº 306890/2006-2).
- DiPerna, J. C. & Elliott, S. N. (2002). Promoting academic enablers to improve student achievement: an introduction to the mini-series. *School Psychology Review*, 31 (3), 293-297.
- DiPerna, J. C., Volpe, R. J. & Elliott, S. N. (2002). A model of academic enablers and elementary reading/language arts achievement. *School Psychology Review*, 31 (3), 298-312.
- DuPaul, G. J. & Connor, D. (2002). Os estimulantes. In: Barkley, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde* (pp. 277-295). Porto Alegre: Artmed.
- DuPaul, G. J. & White, G. P. (2006) ADHD: Behavioral, educational and medication interventions. *The Education Digest*, 71(7), 57-60.
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2007). *TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books.
- Elliott, S. N., Gresham, F. M., Frank, J. & Beddow, P. A. III (2008). Intervention validity of social behavior rating scales: Features of assessments that link results to treatment plans. *Assessment for Effective Intervention*, 1.
- Enumo, S. R. F. (1997). Orientação familiar de deficientes mentais. In: Zamignani, D. R. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 197-205). São Paulo: ARBytes.
- Evans, S. W.; Axelrod, J. & Langberg, J. M. (2004). Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD: pilot data. *Behavior Modification*, 28 (4), 528-547.
- Faber, A. & Mazlish, E. (2003). *Como falar para seu filho ouvir e como ouvir para seu filho falar*. São Paulo: Summus.
- Faraone, S. V. (2006). Advances in the genetics and neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 1025–1027.

- Faraone, S. V.; Biederman, J.; Weber, W. & Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of dsm-iv subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-93.
- Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Biederman, J. & Cohan, S. L. (2003). Does parental ADHD bias maternal reports of adhd symptoms in children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 168–175.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1313-1323.
- Feitosa, F. B. (2007). *Habilidades sociais e desempenho acadêmico: processos cognitivos como moderados e mediadores*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Ferreira, W. B. (2005). Será que sou a favor ou contra uma escola de qualidade para todos. *Revista Inclusão*, 1. Brasília: MEC/SEESP.
- Ferreira, W. B. (2006). Educar na Diversidade: práticas educacionais inclusivas na sala de aula regular. *Ensaio pedagógico: programa educação inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP.
- Finzi-Dottan, R., Manor, I. & Tyano, S. (2006). ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 103–114.
- Flick, G. L. (1998). *ADD/ADHD behavior-change resource kit: Ready-to-use strategies & activities for helping children with attention deficit disorder*. West Nyack, NY: Center for Applied Research in Education.
- Forehand, R. & Nicholas Long, N. (2003). *Como educar crianças de temperamento forte*. São Paulo: M. Books.
- Forness, S. R. & Kavale, K. A. (2001). ADHD and a return to the medical model of special education. *Education and Treatment of Children*, 24 (3), 224-247.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P. & Feinberg, D. T. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1056-1064.
- Freedman, J. S. (2004). *Eliminando provocações*. São Paulo: M. Books.
- Freire, A. C. C. & Ponde, M. P. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (2-B), 474-478.

- Freitas, M. G. (2005). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de habilidades sociais com mães de crianças deficientes visuais*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 597–608.
- Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent–child interaction: do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (3), 185–198.
- Gargiulo, R. M. (2006). Persons with attention deficit hyperactivity disorder. *Special Education in Contemporary Society: an introduction to exceptionality* (pp. 257-288). California: Wadsworth/Thomson Learning.
- Gadow, K. D., Drabick, D. A. G., Loney, J.; Sprafkin, J.; Salisbury, H.; Azizian, A. & Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6), 1135–1149.
- Ghanizadeh, A. (2007). Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Patient Education and Counseling*, 68, 23–28.
- Glat R. & Fernandes, E. M. (2005). Da educação segregada à educação inclusiva: uma breve reflexão sobre os paradigmas educacionais no contexto da Educação Especial brasileira. *Revista Inclusão: MEC/SEESP*, 1 (1).
- Glat, R. & Pletsch, M. D. (2004) Orientação familiar como estratégia facilitadora do desenvolvimento e inclusão de pessoas com necessidades especiais. *Cadernos de Educação Especial da UFSM*, 24.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1994). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus.
- Golfeto, J. H. & Barbosa, G. A. (2003). Epidemiologia. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (pp.15-33). Porto Alegre: Artmed.
- Gray J., Spurway P. & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: the Kempe Community Program. *Child Abuse & Neglect*, 25, 641-655.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M. & Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (5), 758-767.
- Gresham, F. M., Cook, C. R.; Crews, S. D. & Barreras, R. (2008). Direct observation methods in clinical assessment. In: McKay, D. *Handbook of Research Methods in Abnormal and Clinical Psychology*. Los Angeles: Sage Publications.

- Gresham, F. M. & Elliot, S. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Gresham, F. M., Sugai, G. & Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67, 331-344.
- Gresham, F. M. (1997) Social Skills training with children: social learning and applied behavioral analytic approaches. In: Watson, T. S & Gresham, F. M. (Eds.), *Handbook of child behavior therapy* (p.475-497). New York: Plenum Press.
- Guhl, B. & Fontenelle, D. H. (1997). *Pais Perfeitos*. Blumenau: EKO.
- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (2003). Learners with attention deficit hyperactivity disorder. In: Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (Orgs) *Exceptional learners: Introduction to special education* (pp. 185-262). Boston: Allyn & Bacon.
- Harlacher, J. E., Roberts, N. E. & Merrell, K. W. (2006). Classwide interventions for students with ADHD: A summary of teacher options beneficial for the whole class. *Teaching Exceptional Children*, 39 (2), 6-12.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, (S1:i), 2-7.
- 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 problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (3), 388-398.
- Hefley, A. M. & Carlson, J. S. (2007). A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10 (3), 239-250.
- Hinshaw, S. P. et al. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 555-568.
- Hintze, J. M. & Matthews, W. J. (2004). The generalizability of systematic direct observations across time and setting: a preliminary investigation of the psychometrics of behavioral observation. *School Psychology Review*, 33 (2), 258-270.
- Hoerger, M. & Mace, F. C. (2006). A computerized test of self-control predicts classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39 (2), 147-159.
- Hoza, B.; Mrug, S., Pelham, W. E.; Greiner, A. R. & Gnagy, E. M. (2003). A friendship intervention for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: preliminary findings. *Journal of Attention Disorders*, 6 (3), 87-98.

- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Wigal, T. & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (3), 411–423.
- Huang, H-L., Chao, C-C., Tu, C-C. & Yang, P-C. (2003). Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*, 275–281.
- Hübner, M. M. & Marinotti, M. (2000). Crianças com dificuldades escolares. In: Silvaes, E. F. M. (Org). *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil* (v. 2, pp. 259-304). Campinas: Papyrus.
- Hurt E. A., Hoza B. & Pelham W. E. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35* (4), 543-555.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B. & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development, 31* (6), 669–677.
- Johnston, C & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4* (1), 183-207.
- Junod, R. E. V., DuPaul, G., Jitendra, A. K., Volpe, R. J. & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: differences across types of engagement. *Journal of School Psychology, 44*, 87–104.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychological, 63* (3), 146–159.
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N. & Hatton, D. (2005). Service needs of families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing, 11* (3), 264-288.
- Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Sokol, N. G., Lutz, J. G., Arbolino, L. A., Pipan, M. & VanBrakle, J. D. (2007). Multisetting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review, 36* (2), 237-255.
- Klein, R. G., Abikoff, H., Hechtman, L. & Weiss, G. (2004). Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43* (7), 792-801.
- Knight, D. (1997). Family interactions and social development. In: Bender, W. N. (Ed.), *Understanding ADHD: a practical guide for teachers and parents* (45-79). New Jersey: Prentice-Hall.

- Kohr, M. A., Parrish, J. M., Neef, N. A., Driessen, J. R. & Hallinan, P. C. (1988). Communication skills training for parents: experimental and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21(1), 21-30.
- Kramer, J. J. (1990). Training parents as behavior change agents: Successes, failures and suggestions for school psychologist. In: Gutkin, T. B. & Reynolds, C. R. (Orgs.). *Handbook of School Psychology*. New York: Wiley.
- Landskron, L. M. F. & Sperb, T. M. (2007). As narrativas dos professores sobre a experiência com o TDAH: um estudo de caso coletivo. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento*. Vitória, ES.
http://www.msmedia.com/sbpd/vi_cbpd_anais_2007.pdf. Recuperado em 18 abr. 2008.
- Lane, K. L., Beebe-Frankenberger, M. E., Lambros, K. M. & Pierson, M. (2001). Designing effective interventions for children at-risk for antisocial behavior: an integrated model of components necessary for making valid inferences. *Psychology in the Schools*, 38 (4), p. 365-379.
- Lane, K. L.; Givner, C. C. & Pierson, M. R. (2004). Teacher expectations of student behavior: social skills necessary for success in elementary school classrooms. *The Journal of Special Education*, 38 (2), 104-110.
- Linnet, K. M., Wisborg, K., Obel, C., Secher, N. J., Thomsen, P. H., Agerbo, E. & Henriksen, T. B. (2005) Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring. *Pediatrics*, 116 (2), 462-467.
- Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P.H., Olsen, J. & Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1028–1040.
- Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 82–90.
- Lopes, R. P. V. & Marquezan, R. (2000). O envolvimento da família no processo de integração/inclusão do aluno com necessidades especiais. *Revista Educação Especial*, 15. <http://coralx.ufsm.br/revce/index.htm>. Acesso em 07 jun. 2007.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86– 104.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV-TR). (2002). São Paulo: Artmed.
- Marinho, M. L. *Orientação de pais em grupo: intervenção sobre diferentes queixas comportamentais infantis*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo.

- Mattos, P. (2006). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Mcburnett, K., Pfiffner, L. J., Willcutt, E., Tamm, L., Lerner, M., Ottolini, Y. L. & Furman, M. B. (1999). Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (1), 17-24.
- McCleary, L. & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38, 3-10.
- McLaughlin, D. P. & Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with adhd: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (2), 82–88.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S.V., Sayer, J. & Kleinman, S. (2002). Case–control study of attentiondeficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (4), 378–385.
- Michelson L., Sugai, D. P., Wood, R. P. & Kazdin, A. E. (1983). *Social Skills assessment and training with children*. New York: Plenum Press.
- Milan, M. A. & Mitchell, Z. P. (1996). A generalização e a manutenção dos efeitos do tratamento. In: Caballo, V. (Org.). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 111-130). São Paulo: Santos.
- Miranda, A., & Presentacion, M. J. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology in the Schools*, 37, 169–182.
- Molina, R. C. M. & Del Prette, Z. A. P. (2006). Funcionalidade da relação entre habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Psico-USF*, 11 (1), 53-63.
- Molina, R. C. M. (2007). *Avaliação de programas de treinamento de professores para promover habilidades sociais de crianças com dificuldades de aprendizagem*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.
- MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 765–761.
- Murray, C. & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 52-61.

- Neef, N. A., Marckel, J., Ferreri, S. J., 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 (1), 23–37.
- Neophytou, K. & Webber, R. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: the family and social context. *Australian Social Work*, 58 (3), 313-325.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: review of the literature. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6 (4), 172-180.
- Northup, J. & Gulley, V. (2001). Some contributions of functional analysis to the assessment of behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication. *School Psychology Review*, 30 (2), 227-238.
- O'Callaghan, P. M., Reitman, D., Northup, J., Hupp, S. D. A. & Murphy, M. A. (2003). Promoting social skills generalization with ADHD-diagnosed children in a sports setting. *Behavior Therapy*, 34, 313-330.
- Oliveira, S. C., Neves, M. E. C., Silva, F. M. & Robert, M. A. (2002). *Compreendendo seu filho- uma análise do comportamento da criança*. Belém: Paka-tatu.
- Omote, S. (2005). Medida de atitudes sociais em relação à inclusão. In: *Reunião Anual da SPBC*, 57, Fortaleza- CE. Anais eletrônicos. São Paulo: SBPC/UECE. Disponível em http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sadaomote.htm. Recuperado em 24 out. 2006.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R. Hoza, B., Stephen P. Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstein, O., Baron-Myak, C. & McBurnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 507–525.
- Phelan, T. W. (2005). *Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamentos – crianças e adultos*. São Paulo: M. Books.
- Petersen, D. J., Bilenberg, N., Hoerder, K. & Gillberg, C (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (2):71-8.
- Pfiffner, L. J. (2002). Rumo à escola com o pé direito: administrando a educação de seu filho. In: Barkley, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde* (pp. 235-248). Porto Alegre: Artmed.
- Pfiffner L. J. & Mcburnett K. (1997). Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65 (5), 749-757.

- Pinheiro, M. I. S. (2006). *Treinamento em habilidades sociais educativas para pais de crianças em trajetória de risco*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D. & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414.
- Pliszka, S. R. (2007). Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: efficacy, safety and mechanisms of action. *Neuropsychology Review*, 17 (1), 61-72.
- Plumer, P. J. & Stoner, G. S. (2005). The relative effects of classwide peer tutoring and peer coaching on the positive social behaviors of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9 (1); 290-300.
- Poeta, L. S. & Neto, F. R. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 150-155.
- Possa, M. A., Spanemberg, L. & Guardioli, A. (2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (2-B), 479-483.
- Purdie; N., Hattie, J. & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: what works best? *Review of Educational Research*, 72 (1), 61-99.
- Rielly, N. E., Craig, W. M. & Parker, K. C. H. (2006). Peer and parenting characteristics of boys and girls with subclinical attention problems. *Journal of Attention Disorders*, 9 (4), 598-606.
- Rocha, M. M., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (s.d.). *Placebo na pesquisa psicológica: questões conceituais, éticas e metodológicas*. (Texto encaminhado para publicação).
- Rohde, L. A. & Benzik, E. B. P. (1999). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rohde, L. A., Biederman, J.; Busnello, E. A.; Zimmermann, H.; Schmitz, M.; Martins, S. & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 716-723.
- Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), S61-S70.
- Roman, T., Schmitz, M., Polanczyk, G. V. & Hutz, M. (2003). Etiologia. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (pp. 35-52). Porto Alegre: Artmed.

- Schmitz, M., Denardin, D., Silva, T. L., Pianca, T., Hutz, M. H., Faraone, S. & Rohde, L. A. (2006). Smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (11), 1339-1345.
- Schwartz, I. S. & Baer, D. M. (1991). Social validity assessments: Is current practice state of the art? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (2), 189-204.
- Sena, S. S. & Neto, O. D. (2007). *Distraído e a 1000 por hora: Guia para familiares, educadores e portadores do Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Serrão, M. & Baleeiro, M. C. (1999). *Aprendendo a ser e a conviver*. São Paulo: FTD.
- Serpa-Garcia, F. A., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Meninos pré-escolares empáticos e não empáticos: empatia e procedimentos dos pais. *Revista Iberoamericana de Psicologia/ Interamerican Journal of Psychology*, 40 (1), 77-88.
- Sheridan S. M., Dee, C. C., Morgan, J. C., McCormick, M. E. & Walker, D. (1996). A multimethod intervention for social skills deficits in children with ADHD and their parents. *The School Psychology Review*, 25 (1), 57-76.
- Silva, A. T. B., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2000). Relacionamento pais-filhos: um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3 (3), 203-215.
- Silva, F. B. N. & Rohde, L. A. (2003). As outras medicações. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Silvares, E. F. M. & Arantes, M. (s.d.). *Bases Metodológicas da Pesquisa em Terapia Comportamental*. Disponível em:
<http://www.ip.usp.br/docentes/efdmsilv/%5Cpdf%5Cbasesmetodologicas1907.pdf>.
Recuperado em 15 jun. 2008.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C. & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 402-408.
- Souza, I. & Pinheiro, M. A. S. Co-morbidades. (2003). In: Rohde, L. A.; Mattos, P. & cols. *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P. & Franco, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59 (2-B), 401-406.

- Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (1S), 73–81.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. & Faraone S. V. (2000) Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39, 1432–37.
- Strassner, E. M. (2006). *The relation between difficulties in empathic responding and reading comprehension performance in children with ADHD: comparisons by subtype*. Tese de Doutorado, Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin.
- Taylor, T. K. & Biglan A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1 (1), 41-60.
- Thapar, A., O'Donovan, M. & Owen, M.J. (2005) The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human Molecular Genetics*, 14 (2), 275-282.
- Thapar, A., Langley, K., Asherson, P. & Gill, M. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 1-3.
- Tilson, P. W. & Bender, W. N. (1997). Teaching the secondary student with ADHD. In: Bender, W. N. (Ed.), *Understanding ADHD: a practical guide for teachers and parents* (pp. 183-225). New Jersey: Prentice-Hall.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R. & Mouat, K. (2006). Family interactions in children with and without adhd. *Journal of Child and Family Studies*, 16 (3), 385-400.
- Tutty, S., Gephart, H. & Wurzbacher, K. (2003). Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24 (1), 51-57.
- Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. A., Werner, J., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S.O. & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63 (1), 68-74.
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J., Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S. O. & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61 (1), 67-73.
- Vila, E. M. (2005). *Treinamento de habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldades de aprendizagem: uma análise sobre procedimentos e efeitos da intervenção*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo.
- Vieira, S. (2003). *Bioestatística: tópicos avançados*. Rio de janeiro: Campus.

- Wells, K. C., Pelham, W. E., Kotkin, R. A., Hoza, B., Abikoff, H. B., Abramowitz, A., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Del Carmen, R., Elliott, G. Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hibbs, E., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., March, J. S., Swanson, J. M. & Schiller, E. (2000). Psychosocial treatment strategies in the MTA Study: rationale, methods, and critical issues in design and implementation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 483–505.
- Welsh, M., Parke, R. D., Widaman, K. & O'Neil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: a longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 39 (6), 463-481.
- Wright, B., Partridge, I. & Williams, C. (1998). Evidence and attribution: reflections upon the management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 (4), 626–636.
- Wohl, M., Purper-Ouakil, D., Mouren, M. C., Ades, J. & Gorwood, P. (2005). Meta-analysis of candidate genes in attention-deficit hyperactivity disorder. *Encephale*, 31 (4 Pt 1), 437-447
- Woo, B. S. C. & Rey, J. M. (2005). The validity of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 344–353.

Anexo A

Parecer do CEP/UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - www.propg.ufscar.br

CAAE 0277.0.268.135-06

Título do Projeto: Programa de Habilidades Sociais com pais: efeitos sobre desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Margarete Matesco Rocha, Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette (orientadora)

Parecer Nº. 067/2007

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

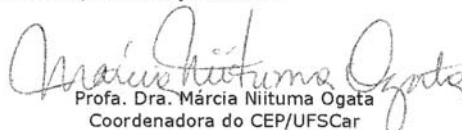
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU: As pendências apontadas no Parecer nº 017/2007, de 29/01/2007, foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 8 de março de 2007.



 Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata
 Coordenadora do CEP/UFSCar

Anexo B

Parecer do CEP/UEL



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

| | |
|---|------------------------------------|
| Parecer Nº 321/06 CAAE Nº 0277.0.268.135-06 FOLHA DE ROSTO Nº 117556 | Londrina, 02 de fevereiro de 2007. |
| PESQUISADOR(A): MARGARETTE MATESCO ROCHA | |
| <p>Ilmo(a) Sr(a),</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS , APROVA a realização do projeto: “PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIAIS COM PAIS: EFEITOS SOBRE DESEMPENHO SOCIAL E ACADÊMICO DE FILHOS COM TDAH”.</p> <p>Informamos que o(a) Sr.(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p> | |
| Situação do Projeto: APROVADO | |
| <p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Profª. Dra. Nilza Maria Diniz Comitê de Ética em Pesquisa Coordenadora </p> | |

Anexo C

Termo de Consentimento para o Núcleo de Psicologia Clínica da UEL

Esse documento representa um acordo entre _____, Coordenadora do Núcleo de Psicologia Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e *Margarette Matesco Rocha*, aluna do Programa de Pós-graduação em Educação Especial (Doutorado) da Universidade Federal de São Carlos - São Paulo, sob orientação do Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette, e docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, responsável pela referida pesquisa de que trata este Termo.

Informações Gerais sobre a Pesquisa

- O desenvolvimento da pesquisa estará dentro dos princípios éticos, que garantem o respeito, a integridade física e emocional, a justiça, a privacidade, o sigilo, a autonomia, o bem-estar de todos os participantes, não causando nenhum risco ou dano físico, moral, intelectual, social, cultural, espiritual, financeiro nem profissional decorrente da sua participação.
- Considerando que crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) frequentemente apresentam problemas de interações sociais que acarretam prejuízos sociais, emocionais e acadêmicos, que os pais podem contribuir na alteração desse padrão de comportamento e que as referências sobre programas para ensinar habilidades sociais educativas a pais de crianças com TDAH são reduzidas, esta pesquisa tem como objetivo principal aplicar e avaliar a efetividade de um programa de Treinamento em Habilidades Sociais Educativas (THSE) para esses pais ou mães sobre o desempenho social e acadêmico de seus filhos.
- Este estudo contribuirá para ampliar os conhecimentos dos pais sobre o TDAH, ajudar no desenvolvimento de interações pais e filhos mais satisfatórias, na postura frente à problemática do TDAH nos diversos contextos de vida do filho e no desempenho acadêmico e social destes.
- Por necessidades metodológicas, os interessados em participar da pesquisa devem ter ciência de que haverá um sorteio para distribuí-los em três grupos. Um grupo participará do programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas (THSE); o outro grupo participará de uma intervenção cujo tema será definido juntamente com os seus integrantes, mas não poderá envolver assuntos da área de habilidades sociais; e o terceiro grupo ficará numa lista de espera.
- A composição de outros dois grupos, além daquele que participará do programa de THSE, justifica-se pela necessidade de comparação para que posteriormente se possa explicar com segurança qualquer diferença encontrada nos resultados.
- Após o encerramento da coleta de dados, a pesquisadora se compromete em aplicar o programa de THSE e a outra intervenção para os demais grupos, garantindo que todos se beneficiem com os resultados.
- A estrutura do programa de THSE será em grupo, com 24 sessões distribuídas duas vezes por semana e da intervenção (tema a ser definido) será em grupo, com 12 sessões distribuídas uma vez por semana. Todas as sessões terão noventa minutos de duração.
- Serão utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: inventário de autorrelato (questões com perguntas e respostas orais), entrevistas, registro de

filmagens de interação pais/mães e filhos em situações de brincadeiras e jogos livres e estruturadas. Alguns desses instrumentos serão aplicados antes e depois das intervenções para os três grupos pesquisados.

- Se o participante estiver no grupo de espera, deverá estar à disposição para os procedimentos de coleta de dados (aplicação inventário de autorrelato em dois momentos).
- A entrevista consistirá de questões sobre interações do dia-a-dia entre pais/mães-filhos, mas que não são passíveis de observação pela pesquisadora. Esta entrevista será realizada apenas com o primeiro grupo que participar do THSE, antes e após a intervenção.
- As entrevistas serão gravadas e as situações de brinquedos e jogos livres e estruturadas serão filmadas para obter uma análise mais acurada das falas e do desempenho dos participantes. Portanto, as gravações e as filmagens serão utilizadas exclusivamente para a análise dos dados.
- Será assegurado ao participante o direito de recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimentos.
- A participação é voluntária, sem custo financeiro, e o participante tem o direito de desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem penalização.
- Os dados pessoais coletados serão utilizados apenas com a finalidade de caracterização dos participantes do estudo (idade, estado civil, escolaridade etc), sem revelar os nomes.

Para efetivação dessa proposta de pesquisa, consideramos algumas estratégias que o Núcleo de Psicologia Clínica deve concordar e consentir no seu procedimento, a saber:

- Permitir que as atividades previstas na pesquisa sejam desenvolvidas nas dependências do Núcleo.
- Permitir a permanência dos pais/mães nas dependências do Núcleo, semanalmente e sempre que houver necessidade, para o desenvolvimento das atividades propostas.
- Providenciar espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
- Permitir que os dados coletados, avaliações e atividades sejam apresentados em eventos e revistas científicas, respeitado o anonimato do Núcleo.

A responsável pela pesquisa e possíveis estagiárias(os) se comprometem a:

- Realizar um atendimento dentro dos moldes éticos e com a melhor qualidade possível, buscando dentro de suas possibilidades técnicas e de recursos humanos e materiais, atender às necessidades dos participantes.
 - Fazer uma devolutiva dos resultados aos participantes.
 - Manter sigilo sobre a identidade das pessoas e do núcleo, inclusive quando da divulgação dos dados e suas análises em eventos e em revistas científicas.
 - Esclarecer quaisquer dúvidas sobre o programa de intervenção, sobre a pesquisa ou seus resultados.
 - Tornar públicos os resultados da pesquisa, independentemente dos resultados finais obtidos.
- Demonstrando meu de acordo e consentimento na realização da pesquisa nesse Núcleo, ao assinar este formulário em duas vias, ficando uma comigo e a outra com o pesquisador.

- A pesquisadora também assina esse termo que firma seu compromisso com as informações aqui apresentadas.
- Neste termo consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, com quem poderei tirar dúvidas sobre a pesquisa e seu andamento, agora ou a qualquer momento.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UEL que funciona no Hospital Universitário (HU), localizado na Av. Robert Koch, 60, Vila Operária, CEP: 86038-440, Londrina – PR – Brasil. Fone (43) 3371-2490. Endereço eletrônico bioteica@uel.br e cep_uel@uel.br

_____, ____ de _____ de 200_.

Coordenadora

Margarette Matesco Rocha

(Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento/CCB/Uel, Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, CEP 86051-990, Londrina/PR, Telefones: 43.3348-7896 / 43.3371-4227, e-mail: margarette@uel.br.)

Anexo D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa, sob responsabilidade da psicóloga Margarete Matesco Rocha, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos e sob orientação do Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette, após ter recebido as informações e os esclarecimentos pertinentes ao estudo em questão. Declaro ainda estar ciente e de acordo com os seguintes termos estabelecidos e explicitados:

- O desenvolvimento da pesquisa estará dentro dos princípios éticos, que garantem o respeito, a integridade física e emocional, a justiça, a privacidade, o sigilo, a autonomia, o bem-estar de todos os participantes, não causando nenhum risco ou dano físico, moral, intelectual, social, cultural, espiritual, financeiro nem profissional decorrente da sua participação.
- Considerando que crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) frequentemente apresentam problemas de interações sociais que acarretam prejuízos sociais, emocionais e acadêmicos, que os pais podem contribuir na alteração desse padrão de comportamento e que as referências sobre programas para ensinar habilidades sociais educativas a pais de crianças com TDAH são reduzidas, esta pesquisa tem como objetivo principal aplicar e avaliar a efetividade de um programa de Treinamento em Habilidades Sociais Educativas (THSE) para esses pais ou mães sobre o desempenho social e acadêmico de seus filhos.
- Este estudo contribuirá para ampliar os conhecimentos dos pais sobre o TDAH, ajudar no desenvolvimento de interações pais e filhos mais satisfatórias, na postura frente à problemática do TDAH nos diversos contextos de vida do filho e no desempenho acadêmico e social destes.
- Por necessidades metodológicas, os interessados em participar da pesquisa devem ter ciência de que haverá um sorteio para distribuí-los em três grupos. Um grupo participará do programa de Treinamento de Habilidades Sociais Educativas (THSE); o outro grupo participará de uma intervenção cujo tema será definido juntamente com os seus integrantes, mas não poderá envolver assuntos da área de habilidades sociais; e o terceiro grupo ficará numa lista de espera.
- A composição de outros dois grupos, além daquele que participará do programa de THSE, justifica-se pela necessidade de comparação para que posteriormente se possa explicar com segurança qualquer diferença encontrada nos resultados.
- Após o encerramento da coleta de dados, a pesquisadora se compromete em aplicar o programa de THSE e a outra intervenção para os demais grupos, garantindo que todos se beneficiem com os resultados.
- A estrutura do programa de THSE será em grupo, com 24 sessões distribuídas duas vezes por semana e da intervenção (tema a ser definido) será em grupo, com 12 sessões distribuídas uma vez por semana. Todas as sessões terão noventa minutos de duração.
- Serão utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: inventário de autorrelato (questões com perguntas e respostas orais), entrevistas, registro de filmagens de interação pais/mães e filhos em situações de brincadeiras e jogos livres e estruturadas. Alguns desses instrumentos serão aplicados antes e depois das intervenções para os três grupos pesquisados.
- Se eu estiver no grupo de espera, deverei estar à disposição para os procedimentos de coleta de dados (aplicação inventário de autorrelato em dois momentos).

- A entrevista consistirá de questões sobre interações do dia-a-dia entre pais/mães-filhos, mas que não são passíveis de observação pela pesquisadora. Esta entrevista será realizada apenas com o primeiro grupo que participar do THSE, antes e após a intervenção.
- A entrevista será gravada e as situações de brincados e jogos livres e estruturadas serão filmadas para obter uma análise mais acurada das falas e do desempenho dos participantes. Portanto, as gravações e as filmagens serão utilizadas exclusivamente para a análise dos dados.
- Foi-me assegurado o direito de recusar-me a responder qualquer questão que isso me cause constrangimentos.
- A minha participação é voluntária, sem custo financeiro, e tenho o direito de desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem penalização.
- Os resultados serão encaminhados para publicação em revistas especializadas e apresentações em eventos científicos com o propósito de contribuir para o desenvolvimento da ciência e da sociedade.
- Em se tratando de publicações e apresentações, foi garantido o sigilo das informações que possam me identificar, assegurando-me portanto o anonimato.
- Os dados pessoais coletados serão utilizados apenas com a finalidade de caracterização dos participantes do estudo (idade, estado civil, escolaridade etc), sem revelar os nomes.
- A pesquisadora fará uma devolutiva dos resultados deste estudo para os participantes.
- Estando demonstrando meu de acordo e consentimento em participar nesta pesquisa, ao assinar este formulário em duas vias, ficando uma comigo e a outra com o pesquisador.
- A pesquisadora também assina esse termo que firma seu compromisso com as informações aqui apresentadas.
- Neste termo consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, com quem posso tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

_____, ____ de _____ de 200_.

 Nome do participante
 RG ou CPF

 Margarete Matesco Rocha

(Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento/CCB/UEL, Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, CEP 86051-990, Londrina/PR, Telefones: 43.3348-7896 / 43.3371-4227, e-mail: margarette@uel.br.)

Anexo E

Protocolo para Registro de Frequência das Habilidades Sociais Educativas durante as Filmagens de Interação Livre e Atividades Estruturadas

Nome da mãe/pai: _____ Nome da criança: _____

Data da observação: ____/____/2007

Observadora: _____ () GE () GC

Pré-intervenção () Pós-intervenção () Seguimento ()

| Min. | Comportamentos observados | Comportamentos observados | Comportamentos observados | Comportamentos observados | Cálculo de concordância entre observadores | | | |
|------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---|---|--------|
| | Atividade Livre | Atividade estruturada 1 | Atividade estruturada 2 | Atividade estruturada 3 | C | D | T | IF (%) |
| 0-1 | | | | | | | | |
| 2-3 | | | | | | | | |
| 3-4 | | | | | | | | |
| 4-5 | | | | | | | | |

C = Concordância

D= discordância

T = Total

IF = Índice de Fidedignidade em porcentagem

Anexo F

DEFINIÇÃO PARA AS CATEGORIAS

O conjunto das definições de HSE que se segue privilegia as ações dos educadores voltadas para a promoção de habilidades sociais do educando, não obstante possam ser também aplicadas ou sobrepostas à promoção de outras habilidades e competências, inclusive acadêmicas.

- ✓ **Comportamento não-verbal:** Entende-se por comportamento não-verbal os gestos, as expressões faciais e corporais e/ou a forma da fala, que acompanham, complementam ou alteram o significado do comportamento verbal ou motor. Uma categoria somente será considerada educativa se for acompanhada por comportamentos não-verbais coerentes, complementares, apoiadores ou reguladores dos comportamentos verbais ou físicos do educador. A emissão de comportamentos não-verbais que sugere oposição ao conteúdo da fala não deve ser registrado como habilidade social educativa.
- ✓ **Comportamento social desejável:** é entendido como qualquer comportamento social que aumenta a probabilidade de obter consequências reforçadoras nas interações sociais, ou seja, são comportamentos que mantêm ou melhoram a qualidade das interações sociais. O julgamento será baseado no conteúdo (o que faz), forma (como faz) e na ocasião (circunstância em que faz).
- ✓ **Comportamento social indesejável:** é entendido como qualquer comportamento incompatível, seja pelo conteúdo, pela forma ou ocasião, com a emissão das HS, que dificulta ou reduz a qualidade das interações e relacionamentos sociais, minimizando ganhos ou aumentando a probabilidade de consequências negativas para os envolvidos no episódio.
- ✓ **Unidade de análise:** Conjunto de comportamentos de uma mesma classe que, mesmo quando interrompido (máximo de dois turnos de fala, um de cada interlocutor), retoma imediatamente a mesma classe com os mesmos interlocutores anteriores. No caso de alguns itens, assinalados com (*) a unidade de análise deverá incluir uma descrição sobre os tópicos da fala do educador e o tempo da unidade de fala.
- ✓ **Ação Educativa:** Ações de professores, pais/mães, agentes comunitários e pares com probabilidade de ampliar comportamentos sociais desejáveis e reduzir os indesejáveis.
- ✓ **Interação social:** Trocas comportamentais observáveis entre as pessoas, que podem ou não caracterizar uma relação entre elas.
- ✓ **Relacionamento interpessoal:** Conjunto de interações que se prolongam no tempo, caracterizando um processo que é afetado por fatores cognitivo-afetivos (percepção, expectativas, objetivos, emoções, valores pessoais) e variáveis contextuais diversas (papéis, situação, normas sociais/culturais etc.) que conferem propriedades particulares a tais interações, cuja interrupção pode trazer sentimentos de perda para uma ou ambas as partes envolvidas.
- ✓ **Motivação extrínseca.** desempenho do educando controlado por recompensas externas, arbitrarias, como, por exemplo, usar o computador após a tarefa acadêmica; ganhar ingresso para o circo por ter ajudado a lavar o carro.
- ✓ **Motivação intrínseca.** Desempenho do educando controlado pelo próprio processo (tipo de tarefa ou de desempenho envolvido etc.) e/ou pelo produto natural desse processo. Ex.: resolver um problema, vencer um desafio, realizar atividades prazerosas, fazer carrinho para brincar com o colega em seguida.

- ✓ **Disciplina/indisciplina** - Estão sendo definidas como comportamentos sociais, mesmo que sejam associados a conteúdos acadêmicos/lúdicos: **Disciplina** - comportamentos sociais direcionados aos objetivos da atividade em curso; **Indisciplina** - comportamentos sociais que competem ou impedem os comportamentos esperados na atividade em curso.
- ✓ **Gerar reciprocidade positiva.** Comportamento verbal do educador que enfatiza a necessidade de apresentação de comportamentos positivos como trocas visando fortalecer relacionamentos.
 - **Incentivar retribuições.** Comportamento verbal do educador que indica comportamentos de outrem que devem merecer retribuição. Ex.: O Sr. Antonio nosso vizinho lhe deu essas frutas do pomar, como você poderia retribuir a gentileza? Sua avó se lembrou do seu aniversário, como você pretende agradecer-la?; Ontem seu amigo levou lanche para você, hoje você leva para ele.
 - **Falar sobre gratidão.** Comportamento verbal do educador enfatizando a importância da gratidão. Ex: Todas as pessoas são capazes de serem gratas...; Não se deve esperar muito tempo para agradecer por algo recebido.

SISTEMA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS A SEREM REGISTRADAS

As habilidades sociais educativas constituem comportamentos que podem ser diretamente observados com base nas categorias abaixo, agrupadas em quatro classes mais gerais (estas não são diretamente observáveis, senão por meio dessas categorias).

A. ESTABELEECER CONTEXTOS INTERATIVOS POTENCIALMENTE EDUCATIVOS

Comportamento verbal ou não-verbal do educador que organiza material, contexto físico ou social para favorecer interação educativa.

1. **Arranjar ambiente físico:** O educador altera a disposição espacial das carteiras/cadeiras ou leva os educandos para outro ambiente. Ex.: *Coloquei as duas cadeiras próximas para vocês se conhecerem mais; Vamos agora usar a outra sala...*
2. **Organizar materiais:** O educador introduz, na interação com os educandos, materiais diversos tais como música, textos, audiovisuais, jogos, material pedagógico etc. Ex.: *Eu trouxe uma lista provérbios, podemos pensar numa solução para o nosso amigo da história que acha que ninguém gosta dele; Distribui cartões para os alunos identificarem o cartão complementar.*
3. **Alterar distância/proximidade:** O educador altera a distância/proximidade entre os educandos ou entre o educador e o educando para desempenho específico. Ex. *Dispõe os educandos em duplas, trios ou pequenos grupos, como forma de conduzir uma atividade interativa; Vamos fazer uma fila dupla; Estenda o braço indicando a posição que o colega deve ficar; Quem não possui o cartão complementar tem que procurar o colega que o possui; Vamos agora ver o que estão fazendo lá naquela brincadeira? Senta junto ao seu colega para fazer a atividade.*
4. **Mediar interações.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que estabelece antecedentes para interação verbal ou não-verbal do educando com pares ou outros significativos do ambiente
 - 4.1. Chama a atenção para o comportamento do colega enquanto antecedente de reação desejável. Ex.: *Ele está fazendo uma pergunta para você...; Você gostou do que ele fez? Então, o que você diria para ele?; (O Pedro já terminou a tarefa dele, ele pode lhe ajudar...).*

- 4.2. Indica o comportamento a ser emitido em relação ao colega (elogiar, expressar concordância/discordância, perguntar, dar informação, expressar carinho). Ex: *Diga a sua colega o que você está sentindo; Conte para seu (primo, irmão, pai) sobre o que brincamos hoje; Fala para a D. Maria sobre sua pesquisa na internet; Olha lá seu amigo, vá cumprimentá-lo; Diga ao seu amigo que você achou legal o novo tênis dele; Aponta o colega e gesticula um abraço.*

B. TRANSMITIR OU EXPOR CONTEÚDOS SOBRE HABILIDADES SOCIAIS

Comportamento verbal ou não-verbal do educador, mediados (ou não) por recursos visuais e auditivos que apresentam conteúdos de habilidades sociais (informações, conceitos, histórias, dados etc.).

5. **Fazer perguntas de sondagem ou desafio.** Verbalização do educador que questiona, avalia ou desafia o educando em temas ou conteúdos de relacionamento interpessoal contingente ao assunto exposto. Ex.: *Você entendeu como funciona esse jogo?; O que podemos fazer para mudar o final dessa história? O que vocês acham que devemos fazer nesta situação? Quem faria diferente? Vamos ver quem descobre o porquê a Aline foi elogiada pela professora? Que foi que ela fez que vocês acharam bom?; Se agindo assim tem levado a resultados negativos, então o que você poderia fazer.*
6. **Parafrasear:** Verbalização do educador que explica parte ou todo o conteúdo da verbalização do educando. Ex.: *Você concluiu que as pessoas devem ser chamadas pelo nome; Parte do que você disse é que os pais precisam compreender os filhos; Você está querendo me dizer que fica chateado quando o chama pelo apelido; do que você valorizou essa maneira de Carla reagir; Então você achou que a história ensina que devemos chamar os amigos pelo nome.*
7. **Apresentar objetivos:** Verbalização do educador que anuncia o objetivo da atividade em termos do desempenho social esperado do educando. Ex.: *Hoje vamos fazer essa atividade todos juntos, cada um ajudando o outro;Esse jogo é muito importante para melhorar o nosso vocabulário.*
8. **Estabelecer relações entre comportamento, antecedente e consequência.** Verbalização do educador que explicita relações ocorridas ou possíveis entre comportamentos específicos (usando termos que representam ações), seus antecedentes e consequentes. Ex.: *Se você brigar com seu amigo, ele vai ficar triste e depois não vai querer brincar novamente; Na discussão com colegas, cada um precisa ao menos ouvir e ponderar a opinião do outro, senão não sai do lugar; A gente só é ouvido se souber ouvir...*
9. **Apresentar informação.** Verbalização do educador que expõe conteúdos informativos sobre assuntos discutidos, dúvidas apresentadas pelo educando ou sobre funcionamento de objeto ou brinquedo. Ex.: *Voltando ao que conversamos ontem, hoje no jornal tem uma reportagem que esclarece esse assunto; Antes de ligar o aparelho, é preciso verificar a voltagem; Acho que isso o seu pai vai poder lhe ajudar.*
10. **Apresentar modelo.** Comportamentos verbais ou não-verbais do educador que ilustram ou chamam a atenção do educando para comportamentos sociais desejáveis, emitidos por outro colega ou pelo próprio educador. Ex.: *As crianças que fizeram a atividade cooperando na gincana ganharam o prêmio; Veja como a Marta fez, ela olhou para o Paulo; Olhe bem como eu vou fazer, depois você faz igual; O educador demonstra (com brincadeiras de faz de conta) como solicitar um favor, um pedido a outros ou como entrar numa brincadeira de amigos.*
11. **Resumir comportamentos emitidos:** Verbalização do educador que organiza (resume, relaciona, ordena, hierarquiza) comportamentos (verbais ou não-verbais) previamente emitidos pelo educando ou pelo educador na ou em situações precedentes. Ex.: *Vocês falaram sobre fazer gestos, conversar assuntos do interesse do outro, olhar para a pessoa; Em resumo, eu quis dizer que é importante falar olhando para as pessoas.*

- 12. Explorar recurso lúdico-educativo (*).** Verbalizações do educador ao utilizar o conteúdo de histórias romances, poesia, filmes em atividades educativas ou indicar o uso desses recursos em outros contextos. Ex.: *Lê um trecho do livro Menina Bonita do Laço de Fita; Agora vamos assistir Crianças Invisíveis e vamos discutir depois. Ao lerem essa história, prestem atenção no jeito da amiguinha do Harry Potter.*
- 13. Apresentar instruções:** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que indica o comportamento a ser emitido ou apresenta os passos a serem seguidos na emissão do comportamento: Ex. *Quando for agradecer alguém, primeiro se aproxima, chame pelo nome e diga obrigada pelo....; Algumas coisas tem que ser vistas com a Diretora; Quando alguém faz uma crítica, você deve ouvir, refletir e depois resolver se vai aceitar ou rejeitar; O educador indica com as mãos que a criança deve elevar o tom da voz; Chame as pessoas pelo nome, elas gostam, se sentem respeitadas.*
- 14. Apresentar dicas.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que dá pistas sobre a solução de uma questão do educando e/ou uma alternativa de comportamento mais adequado. Ex.: *Precisa melhorar só um pouco... bem no jeito de falar...; Prestem atenção, é uma coisa que ele disse logo no começo.*
- 15. Utilizar atividade/fala em curso para introduzir um tema:** Comportamentos verbais e não-verbais do educador propondo discussões e reflexões sobre um tema: (a) interrompendo a ocorrência de uma atividade; (b) após a ocorrência de um evento, envolvendo ou não os educandos. Ex.: *Vocês viram o que a televisão apresentou? Vamos pensar um pouco... ; Vocês estão seguindo as regras, vamos pensar um pouco sobre isso; O que está acontecendo nesse jogo? Vamos conversar sobre as regras? NOTA: Exceto os conteúdos referentes à categoria Estabelecer limites e disciplina.*

C. ESTABELEECER LIMITES E DISCIPLINA

Comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador que estabelece (justifica, explicita, solicita, indica, sugere) regras ou normas ou valores.

- 16. Descrever/justificar comportamentos desejáveis:** Verbalização do educador que descreve os comportamentos esperados do educando explicitando ou não as contingências associadas. Ex.: *Quem quiser falar, levante a mão e todos terão oportunidade de dar opinião; Nessa tarefa vocês devem construir a resposta juntos, aproveitando as ideias dos dois; Quando alguém estiver falando, os demais devem esperar a vez; Quando o colega estiver com dificuldades, vamos ajudá-lo; Se o desenho não for feito pelos dois, não será considerado.*
- 17. Descrever/justificar comportamentos indesejáveis:** Verbalização do educador que descreve os comportamentos reprováveis do educando, explicitando ou não as contingências associadas. Ex.: *Se vocês falarem ao mesmo tempo, não atenderei a ninguém; Se todos falarem ao mesmo tempo, ninguém vai ouvir ninguém; Não é para empurrar o colega, a regra é somente tocar o outro.*
- 18. Negociar regras.** Verbalização do educador que estabelece ocasião para uma discussão sobre regras para as interações (necessidade, concordância/discordância, mudança etc.) Ex.: *Em dupla, vocês vão dizer qual a regra que deve ser alterada; Essa mudança que você propõe precisa da concordância de todos; Se alguma coisa da regra não está sendo boa para todos, é possível alterá-la. Como é que nós vamos funcionar aqui para evitar problemas?; Vocês acham que podemos combinar assim?; Tem mais alguma coisa que precisamos acertar entre nós?; Eu acho que essa regra deveria ser mantida.*
- 19. Chamar atenção para normas pré-estabelecidas.** Comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador indicando que certas ações das crianças não estão sob controle de regras previamente

estabelecidas. Ex.: *Aponta o cartaz na parede com um desenho solicitando silêncio; Responda-me se isso está dentro do que foi combinado; Para assistir o filme, como combinamos de agir?*

- 20. Pedir mudança de comportamento:** Verbalização do educador que descreve o comportamento a ser modificado e especifica um ou mais comportamentos a serem emitidos. Ex.: *Gritar com o amigo não resolve o problema, fala baixo e diga exatamente você quer que ele faça; Você não atendeu ao pedido de sua mãe e ela se zangou: peça-lhe desculpas e faça o que ela pediu.*
- 21. Interromper comportamento:** Comportamentos verbais ou não-verbais do educador que interrompe o comportamento em curso do educando. Ex.: *Chega, não diga mais nada; Espera, vamos interromper; Faz um sinal de pare com as mãos para o educando.*

D. MONITORAR POSITIVAMENTE

Comportamento verbal e/ou não-verbal do educador envolvidos em administrar contingências sobre o comportamento diretamente observável ou sobre comportamento relatado pelo educando. Na primeira condição envolve apresentar consequências reforçadoras para comportamentos sociais desejáveis imediatamente observáveis. Na segunda envolve estabelecer condições de maior acesso a comportamentos do educando (passados ou futuros) reunindo informações e/ou consequenciando relatos.

- 22. Manifestar atenção a relato:** Comportamento verbal e/ou não-verbal do educador que demonstra ao educando interesse por seu relato sobre interações sociais. Ex.: *Que mais aconteceu?; Ah, sei, tá; Sorrir, balançar a cabeça em sinal afirmativo; Vocês pegaram o carro sem ter autorização... e depois...*
- 23. Obter informações.** Verbalização do educador que solicita ao educando informações sobre atividades e comportamentos sociais passados ou previstos. Ex.: *Com quem você vai; Onde vocês vão?; Quem vai buscá-los? E quando ele te agrediu, o que você fez?*
- 24. Expressar concordância.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que expressa concordância com o conteúdo relatado pelo educando. Ex.: *Você tem razão sobre os comportamentos do Danilo; Concordo com sua sugestão.*
- 25. Apresentar feedback positivo.** Comportamento verbal do educador que descreve, usando termos que representem ações, os comportamentos sociais emitidos pelo educando. Ex.: *Você disse Bom Dia e fez perguntas; Você falou olhando para ela e usou as mãos para ilustrar o que você queria dizer.*
- 26. Elogiar.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que expressa aprovação do comportamento. Ex.: *Sorrisos, movimentos de cabeça ou expressões verbais do tipo Hum, Hum!, Muito bem!, Gostei!, Ótimo!; Que bom que você me ajudou a descobrir o enigma, a sua ajuda facilitou muito a descoberta; Legal isso que você fez, trocou os brinquedos com os amigos; Gostei do jeito carinhoso que você tratou seu primo.*
- 27. Incentivar.** Comportamento verbal do educador que chama atenção para desempenho (total ou parcial) do educando como evidência de seus recursos e possibilidades futuras. Ex.: *Viu como você conseguiu pedir um favor, agora vai ser mais fácil; Vamos lá, tenho certeza de que vai conseguir.*
- 28. Demonstrar empatia:** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que demonstra compreensão/aceitação da situação e das condições emocionais do educando. Ex.: *Eu também ficaria chateada se algum amigo não me convidasse; Imagino como você está se sentindo; Imagino como você está feliz com o comentário legal que a professora fez sobre seus comportamentos; Estou entendendo porque você está agindo assim com as pessoas.*

- 29. Remover evento aversivo.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que anuncia a retirada de evento aversivo contingente a desempenho desejável. Ex.: *Gostei muito da forma como você ajudou o seu colega; Como você ajudou o colega, agora pode ir ao cinema.*
- 30. Estabelece sequência de atividade (Premack).** Comportamento verbal do educador que indica a ordem de atividades, iniciando-se por aquelas de menor atratividade ou maior custo a serem seguidas de menor custo e maior atratividade. Ex.: *Primeiro você faz os exercícios de matemática, depois vamos desenhar; Vocês vão lavar a louça e depois vocês vão comprar sorvetes para nós todos.*
- 31. Expressar discordância/reprovação.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que expressa discordância do conteúdo relatado pelo educando ou de comportamento por ele emitido. Ex.: *Eu não acho que essa foi a melhor alternativa de vocês; Eu penso de uma outra maneira sobre esse assunto de namoro; Você achou legal, mas [eu discordo] veja que ele também acabou explorando o outro; Educador balança a cabeça em sinal negativo sobre o que o educando está relatando; Você falou gritando, não vou atender seu pedido.*
- 32. Promover a autoavaliação.** Comportamento verbal ou não-verbal do educador que solicita a avaliação do educando sobre seus próprios desempenhos anteriores. Ex.: *Como você avalia essa sua resposta? O que você achou de ter agido assim? Como acha que o coleguinha viu essa sua reação?*

Anexo G

Indicadores de Habilidades Sociais Educativas (IHSE)

1) Você utiliza situações do dia-a-dia (TV, episódios familiares, da escola, da vizinhança, jornais) para ensinar comportamentos sociais ao seu filho?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

1.a) Em quais outras situações você faz?

1.b) Para quais comportamentos você utiliza essas situações?

1.b) Você lembra como e o que você fez em uma dessas situações?

2) Você arranja situações em casa (por exemplo, compra revista, escolhe filme ou um livro de estória, inventa uma brincadeira) para abordar assuntos de comportamentos sociais com seu filho?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

2.a) Quais são os assuntos que você costuma abordar?

2.b) O que e como você fez?

2.c) Como seu (sua) filho (a) reagiu?

3) Você incentiva (indica, pede) seu filho conversar com outras pessoas (crianças ou adultos)?

sempre () com frequência (...) ocasionalmente (...) raramente (...) nunca (...)

3.a) Com quais pessoas você incentiva mais?

3.b) Como você procura incentivá-lo?

3.c) Tem funcionado: Sim () Não ()

3.d) O quanto funciona?

4) Você fala ao seu filho sobre comportamentos adequados emitidos por ele?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

4.a) Quais comportamentos?

4.b) O que você costuma falar?

4.c) Como você faz?

4.d) O que acontece depois?

5) Você dá opinião sobre comportamentos inadequados emitido por seu filho?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

5.a) Quais comportamentos inadequados?

5.b) O que você costuma falar?

5.c) Como você faz?

5.d) O que acontece depois?

6) Você costuma perguntar a professora o que seu filho fez de correto (social ou acadêmico)?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

6.a) Você comenta com seu filho? Sim () Não ().

6.b) Quando foi a última vez que você perguntou?

6.c) O que aconteceu depois?

7) Você organiza/incentiva reuniões de colegas na própria casa?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

7.a) Quando e onde foi da última vez?

7.b) O que você observou de interessante?

8) Quando seu filho está em casa ou na vizinhança, você usa meios para saber onde seu filho com quem está e o que está fazendo?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

8.a) Quais os meios que você utiliza?

8.b) Com esses meios, você consegue as informações?

8.c) Quando foi a última vez?

8.d) Como você fez?

8.e) Valeu a pena? O que você viu de importante?

8.f) O que aconteceu depois?

9) Vocês costumam estabelecer regras de comportamentos para melhorar o relacionamento entre vocês em casa?

sempre () com frequência () ocasionalmente () raramente () nunca ()

9.a) Quais são as regras?

9.b) Como você faz para estabelecer regras com seu filho?

9.c) Quais regras ele segue e quais não segue?

Anexo H
Questionário para avaliação do programa

Nome: _____ Data: ___/___/2007.

1ª parte

1) Como você avalia a qualidade do atendimento recebido?

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excelente | <input type="checkbox"/> ótimo | <input type="checkbox"/> regular | <input type="checkbox"/> bom | <input type="checkbox"/> ruim |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|

2. O atendimento que você recebeu teve:

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> tudo o que eu queria | <input type="checkbox"/> quase tudo daquilo que eu queria | <input type="checkbox"/> mais ou menos aquilo que eu queria | <input type="checkbox"/> muito pouco daquilo que eu queria | <input type="checkbox"/> não teve nada daquilo que eu queria |
|---|---|---|--|--|

3. Até que ponto o atendimento satisfaz suas necessidades?

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> totalmente | <input type="checkbox"/> quase que totalmente | <input type="checkbox"/> parcialmente | <input type="checkbox"/> quase não satisfaz | <input type="checkbox"/> não satisfaz |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|

4. Você recomendaria esse programa a um amigo?

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recomendaria inteiramente | <input type="checkbox"/> Recomendaria com pequenas restrições | <input type="checkbox"/> Recomendaria parcialmente | <input type="checkbox"/> Recomendaria com muitas restrições | <input type="checkbox"/> Não recomendaria |
|---|--|---|--|--|

5. Qual é o seu nível de satisfação com a quantidade de ajuda que você recebeu?

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inteiramente satisfatório | <input type="checkbox"/> Satisfatório | <input type="checkbox"/> Mais ou menos satisfatório | <input type="checkbox"/> Pouco satisfatório | <input type="checkbox"/> Insatisfatório |
|--|---------------------------------------|---|---|---|

6. Quanto o atendimento o ajudou a lidar mais efetivamente com sua criança?

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ajudou totalmente | <input type="checkbox"/> Ajudou quase que totalmente | <input type="checkbox"/> Ajudou parcialmente | <input type="checkbox"/> Ajudou muito pouco | <input type="checkbox"/> Não ajudou |
|--|--|--|---|-------------------------------------|

7) Quanto o atendimento o ajudou a lidar mais efetivamente com profissionais que trabalham com ela?

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ajudou totalmente | <input type="checkbox"/> Ajudou quase que totalmente | <input type="checkbox"/> Ajudou parcialmente | <input type="checkbox"/> Ajudou muito pouco | <input type="checkbox"/> Não ajudou |
|--|--|--|---|-------------------------------------|

8) De forma geral, quão satisfeito você está com o treinamento que você recebeu?

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inteiramente satisfeito | <input type="checkbox"/> Satisfeito | <input type="checkbox"/> Mais ou menos satisfeito | <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito | <input type="checkbox"/> Insatisfeito |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|

9) Se tivesse que buscar ajuda novamente, você participaria de novo desse programa?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Participaria | <input type="checkbox"/> Participaria com pequenas restrições | <input type="checkbox"/> Participaria parcialmente | <input type="checkbox"/> Participaria com muitas restrições | <input type="checkbox"/> Não participaria |
|---------------------------------------|---|--|---|---|

10) Até que ponto o terapeuta foi capaz relacionar as informações às suas necessidades especiais e de seu filho?

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relacionou totalmente | <input type="checkbox"/> Relacionou | <input type="checkbox"/> Relacionou mais ou menos | <input type="checkbox"/> Relacionou pouco | <input type="checkbox"/> Não relacionou |
|--|-------------------------------------|---|---|---|

2ª parte: Avaliação dos procedimentos

Assinale qual o grau de importância de cada procedimento, descrito abaixo, para promover avanços nas suas habilidades sociais educativas:

1) Apresentação teórica (definição e importância de cada assunto discutido nas sessões)

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

2) Treino da habilidade, isto é, dramatização/simulação de uma situação parecida com a que você vive em casa

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

3) Sugestões, do grupo ou da terapeuta, de alternativas de como se comportar fora do grupo (em casa, escola, casa de conhecidos ou familiares etc).

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

4) Avaliação das causas do comportamento (antecedentes e consequentes)

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

5) Modelos de comportamentos, dados pelo grupo ou terapeuta, que favorecem a interação com os filhos.

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

6) Tarefas de casa

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito importante | <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Mais o menos importante | <input type="checkbox"/> Pouco importante | <input type="checkbox"/> Não importante |
|---|-------------------------------------|--|---|---|

3ª parte: Avaliação das habilidades treinadas

Como você avalia cada uma das seguintes habilidades após participar do programa de treinamento:

- 1) Habilidade de ser empático com seu filho, isto é, demonstração da aceitação/compreensão dos sentimentos de seu filho?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 2) Habilidade de negociar regras com seu filho?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 3) Habilidade de elogiar e dar feedback ao seu filho?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 4) Habilidade de estabelecer relação entre comportamento, antecedente e consequente, isto é, descrever comportamentos específicos, seus antecedentes e consequentes?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 5) Habilidade de pedir mudança de comportamentos ao seu filho, isto, descrever o comportamento a ser modificado ou descrever o comportamento a ser apresentado?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 6) Habilidade de incentivar seu filho em diversas tarefas (escolares e domésticas)?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 7) Habilidades de dar dicas ao seu filho, isto é, dar pistas para a solução de um problema ou uma alternativa de comportamento?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 8) Habilidade de dar modelo ao seu filho, isto é, chamar a atenção para os comportamentos adequados apresentados por outros ou por ele mesmo?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 9) Habilidade de parafrasear seu filho, isto é, repetir com outras palavras aquilo que seu filho disse?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 10) Habilidade de mediar interação, ou seja, de indicar o comportamento a ser apresentado em relação as pessoas (elogiar perguntar, expressar carinho, etc)

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 11) Habilidade de receber e fazer críticas?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 12) Como você avalia a sua habilidade de responder assertivamente (nem passiva e nem agressivamente) às pessoas?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

- 13) Como você avalia a sua habilidade de fazer e responder perguntas a pessoas conhecidas?

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Muito preparada | <input type="checkbox"/> Preparada | <input type="checkbox"/> Mais ou menos preparada | <input type="checkbox"/> Despreparada | <input type="checkbox"/> Muito despreparada |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|

4ª parte

1) Você teria alguma sugestão para melhorar a qualidade do programa?

2) O que você mais gostou e o que menos gostou durante os atendimentos?

GOSTOU:

NÃO GOSTOU:

Anexo I

Instrumento para caracterização do nível sócio-econômico dos participantes

Se você concordou em participar da pesquisa, é importante que nos faça o favor de responder aos dados abaixo para podermos fazer a caracterização das mães participantes deste estudo.

Quantas televisões em cores = _____

Quantos rádios = _____

Quantos banheiros = _____

Quantos automóveis = _____

Quantas empregadas mensalistas = _____

Quantos aspiradores de pó = _____

Quantas máquinas de lavar = _____

Quantos videocassetes ou aparelhos de DVD = _____

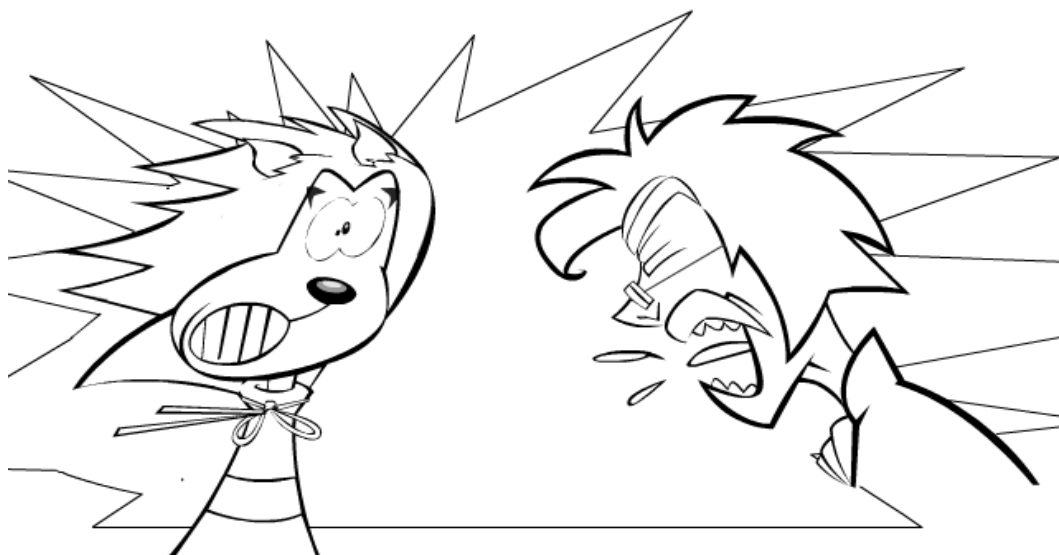
Quantas geladeiras = _____

Quantos freezers (independente da geladeira ou como duplex) = _____

| GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA | |
|---------------------------------------|--|
| Analfabeto/Primário incompleto | |
| Primário completo/Ginasial incompleto | |
| Ginasial completo/Colegial incompleto | |
| Colegial completo/Superior incompleto | |
| Superior completo | |

Anexo J

Figuras utilizadas na Atividade Estruturada 2 durante as sessões de filmagem



WWW.IGUINHO.COM.BR



Anexo K

Texto sobre Habilidades Sociais Educativas



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Para saber mais sobre Habilidades Sociais Educativas

Programa de Habilidades Sociais com pais: efeitos sobre desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH. Projeto de Pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Doutoranda: Margarete Matesco Rocha
Orientadora: Dr^a. Zilda A. Pereira Del Prette.

1

Por que o projeto é baseado em Habilidades Sociais Educativas?

Para responder essa questão precisamos entender o que são **Habilidades Sociais Educativas (HSE)**. Conceitualmente HSE são “aquelas intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro, em situação formal ou informal” (Del Prette & Del Prette, 2005) trata-se de um conjunto de habilidades que pais, professores e outros agentes sociais de saúde e educação deveriam apresentar na interação com a criança e o jovem (por isso são definidas como sociais), com a intenção explícita de promover o desenvolvimento e aprendizado da criança ou jovem (por isso educativas).



2

Quais são as Habilidades Sociais Educativas?

As Habilidades Sociais Educativas envolvem muitos comportamentos que foram distribuídos em quatro categorias:



educativa.

ESTABELECEER CONTEXTOS INTERATIVOS POTENCIALMENTE EDUCATIVOS - Comportamento verbal ou não-verbal do educador que organiza material, contexto físico ou social para favorecer a interação



(informações, conceitos, histórias, dados etc.).

TRANSMITIR OU EXPOR CONTEÚDOS SOBRE HABILIDADES SOCIAIS - Comportamento verbal ou não-verbal do educador, mediado (ou não) por recursos visuais e auditivos que apresenta conteúdos de habilidades sociais



ESTABELECEER LIMITES E DISCIPLINA - Comportamentos verbais e/ou não-verbais do educador que estabelece (justifica, explicita, solicita, indica, sugere) regras ou normas ou valores.



MONITORAR POSITIVAMENTE - Comportamento verbal e/ou não-verbal do educador que envolve reforçar os comportamentos sociais desejáveis imediatamente observáveis e/ou estabelecer condições para obter informações sobre os comportamentos do educando (passados ou futuros).

Resumindo

- ✓ HSE são os vários comportamentos que devemos apresentar na interação com os nossos filhos;
- ✓ Elas só serão educativas se tiverem a intenção clara de ensinar o outro buscando melhores resultados educativos;
- ✓ Podem ser aplicadas a qualquer comportamento, aqui vamos falar dos comportamentos sociais;
- ✓ Todos os comportamentos da classe de Habilidades Sociais Educativas podem ser aprendidos;
- ✓ Se você aprender e praticar com seu (sua) filho (a) ele (ela) também aprende.

Sua relação com seu filho melhora e o relacionamento do seu filho com os demais também melhora.

Não seria melhor o psicólogo ensinar diretamente a criança ou o jovem?

Essa possibilidade existe e é utilizada em muitos estudos, no entanto, existem alguns limites. O principal deles é a dificuldade de apresentar o comportamento que aprendeu dentro da sessão de terapia no mundo lá fora (casa, escola). Mesmo em programas destinados a atender somente as crianças e jovens os pais também participam, em várias sessões devidamente orientadas, para garantir que o aprendizado se mantenha no tempo e em diversas situações. Nesse raciocínio o atendimento é direto para crianças e indireto para os pais. O raciocínio que usamos é outro: atender diretamente os pais e indiretamente a criança.

5

Quais são as vantagens de atender somente os pais?

- ✓ Se os pais podem atuar junto ao filho, *então todos ganham em termos de economia de tempo e dinheiro;*
- ✓ Como são os pais que passam a maior parte do tempo com os filhos e freqüentam situações mais diversificadas, *então tem mais oportunidade de ensinar;*
- ✓ O que aprende para um filho pode servir para os demais filhos, *então aumenta o número de beneficiados.*

O que se busca como Habilidades Sociais Educativas?



Em termos de relacionamentos sociais, todos os pais querem que seus filhos sejam aceitos e respeitados por outros e que os filhos também possam aceitar e respeitar os demais. Percebe-se que é uma troca que envolve *dar e receber* de uma maneira positiva, então podemos chamá-las de trocas positivas. São essas trocas positivas que geram relacionamentos saudáveis na escola, com família e amigos.

6

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)