

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Treinamento de habilidades sociais e habilidades sociais educativas para mães de
crianças com TDAH**

Thayse Loyana Martins Albano

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
– Graduação em Psicologia da Universidade
Federal de São Carlos como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre
em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Nassim Chamel Elias

São Carlos

2022

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte da minha vida, meu grande ajudador, meu eterno salvador, pela força e vigor concedido para a conclusão desse trabalho.

Aos meus pais que sempre me estimularam a estudar e me ajudaram a construir essa caminhada.

Ao meu orientador Nassim Chamel Elias, por ser humano na essência da palavra e me acolher quando precisei.

A coordenação do programa de pós-graduação, em especial, Amanda e Monalisa.

Aos órgãos CAPES pela bolsa concedida e CNPq pelo apoio e financiamento durante o desenvolvimento deste projeto.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto, muito obrigada.

Este trabalho é um sonho realizado, serei grata eternamente pela vida de todas as pessoas que participaram dele.

Ebenézer: até aqui nos ajudou o Senhor – (1 Samuel 7:12)

Que darei ao Senhor? “Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?” (Salmos 116:12)

Albano, T. L. M. (2022). *Treinamento de Habilidades Sociais e Habilidades Sociais Educativas para mães de crianças com TDAH*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
Orientador: Prof. Dr. Nassim Chamel Elias

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 e habilidades sociais educativas para pais de crianças com TDAH podem contribuir para alteração desse padrão de comportamento. O objetivo do presente estudo foi aplicar e avaliar um treino instrucional individualizado de habilidades sociais e habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH na modalidade online. Participaram da pesquisa três mães de crianças com idade entre 8 a 10 anos diagnosticadas com TDAH, mas sem nenhuma outra comorbidade. O programa foi dividido nas seguintes fases: pré-intervenção, intervenção, avaliação pós-intervenção imediatamente e depois de dois meses finalizada a intervenção (follow-up). Os resultados foram analisados pelo método JT e indicam mudança para as mães principalmente naquelas habilidades que foram alvo da intervenção.

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

Albano, T. L. M. (2022). *Social Skills Training and Educational Social Skills for Mothers of Children with ADHD*. Post Graduation Program Psychology, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Advisor: Dr. Nassim Chamel Elias

Abstrat

Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) often have social problems that increase the possibility of social, addictive and attractive changes. Programs teaching social skills and educational social skills to parents of children with ADHD can contribute to changing behavior patterns. The aim of the study was to apply and evaluate an individualized training of social skills and educational social skills for mothers with ADHD in the online modality. Three mothers of children aged between 8 and 10 years old diagnosed with ADHD, but without any other comorbidity, participated in the research. The program months were divided into the following phases: pre-vention, intervention-intervention immediately after the intervention (follow-up). The results were analyzed by the JT method and indicate as main those skills that were the target of the intervention.

Key words: parent training; social skills; educational social skills; ADHD.

SUMÁRIO

1. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	6
- Caracterização geral do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6
- Fatores orgânicos e psicossociais do TDAH	11
- Abordagens de tratamento para o TDAH	16
2. HABILIDADES SOCIAIS E HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS	20
- Campo teórico-prático das Habilidades Sociais	20
- O papel do ambiente familiar	25
- Possibilidades de intervenção no campo das Habilidades Sociais	28
- Intervenção com agentes educativos	32
- Problema de pesquisa	37
3. MÉTODO	40
4. RESULTADOS	51
5. DISCUSSÃO.....	63
6. REFERÊNCIAS.....	69

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Caracterização geral do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e registrado oficialmente pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014). De acordo com a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), o TDAH corresponde a um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por níveis prejudiciais de desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2014). A desatenção associa-se à dificuldade de concentrar-se em atividades específicas por um período prolongado de tempo; a hiperatividade é caracterizada pelo comportamento corporal excessivo; e a impulsividade está relacionada à dificuldade em emitir comportamentos autocontrolados (Barkley, 2002).

Os critérios diagnósticos para o TDAH são descritos pelo DSM-5 e para a classificação diagnóstica é necessário realizar uma investigação clínica minuciosa da história do indivíduo, analisando pelo menos cinco critérios (APA, 2014; Barkley, 1999). De acordo com o Critério A é imprescindível a presença de seis ou mais sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade ou de ambos por um período superior a seis meses e serem nitidamente inconsistentes com a idade (ver Tabela 1). O Critério B estabelece que esses sintomas estejam presentes antes dos sete anos de idade. Seguindo o Critério C, os prejuízos provocados pelos sintomas devem estar presentes em mais de um contexto, como na escola, em casa, ambientes sociais ou no trabalho. De acordo com o Critério D, é necessário observar evidências de prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional do indivíduo. O Critério E estabelece a necessidade do avaliador ser hábil para distinguir o TDAH de outros transtornos (por exemplo, Transtorno do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico) em que os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso do transtorno.

Tabela1

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).
-

O DSM-5 classifica o TDAH em três tipos: (a) desatento, no qual os comportamentos de desatenção são proeminentes; (b) hiperativo/impulsivo, com predomínio de comportamentos hiperativos e impulsivos e (c) combinado, no qual existe a combinação de comportamentos hiperativos/impulsivos e de desatenção (APA, 2014).

Os dados referentes a prevalência dos três tipos de TDAH não são conclusivos. No Brasil, por exemplo, estudos como o de Fontana et. al (2007), Poeta e Neto (2004), Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) e Rohde et al. (1999) evidenciaram maior prevalência do tipo combinado, seguido pelo tipo desatento e, por fim, hiperativo/impulsivo. Já nos estudos de Vasconcelos et al. (2003) e Freire e Pondé (2005), o tipo desatento foi o mais evidente (39,1% e 5%, respectivamente), porém a frequência dos outros dois tipos 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). Segundo Andrade (2003), a prevalência do tipo desatento é maior em amostras clínicas, e os estudos brasileiros citados anteriormente foram conduzidos com crianças no contexto escolar.

Embora ainda não exista um acordo acerca da prevalência dos subtipos de TDAH, diversos estudos tiveram como objetivo identificar os prejuízos ocasionados por cada um dos subtipos em diferentes áreas. Mcburnett et al. (1999), por exemplo, conduziram um estudo no qual puderam verificar que crianças diagnosticadas com o tipo desatento apresentam maiores prejuízos acadêmicos; as crianças com diagnóstico do tipo hiperativo/impulsivo apresentam mais problemas relacionados ao comportamento social e, por fim, as crianças com o tipo combinado, prejuízo nos diferentes domínios. Na mesma linha de investigação, Gadow et al. (2004) também

verificaram que os problemas de comportamento são mais evidentes nos diagnósticos com tipo hiperativo/impulsivo e combinado quando comparados com o tipo desatento. Os prejuízos na área acadêmica foram maiores para os tipos desatento e combinado quando comparados com o tipo hiperativo/impulsivo. Nesse sentido, os autores ressaltam que os tipos combinado e hiperativo/impulsivo evidenciam, respectivamente, maior e menor prejuízo global. No que diz respeito ao desempenho acadêmico, os pesquisadores ainda verificaram que os tipos combinado e desatento apresentam riscos mais significativos de baixo desempenho educacional.

Na mesma direção, Faraone et al. (1998) conduziram um estudo no qual destacaram que as crianças diagnosticadas com TDAH do tipo desatento apresentam diferenças significativas em relação ao desempenho acadêmico quando são comparadas com os outros tipos de TDAH. Nesse estudo, não foi constatada diferença entre os tipos de TDAH no que se refere a dificuldade de aprendizagem, repetição de série e colocação em classe especial. Foi verificado que as crianças com diagnóstico do tipo combinado eram mais prováveis de serem colocadas em classes especiais, quando comparadas com as crianças com diagnóstico tipo desatento e que as crianças com tipo desatento e hiperativo/impulsivo apresentavam maior probabilidade de serem alocadas em salas especiais, quando comparadas às crianças do grupo controle. De acordo com Loe e Feldman (2007), ainda não há clareza na literatura evidenciando se as características acadêmicas e educacionais de crianças com TDAH com predomínio de desatenção são significativamente diferentes das características de crianças como tipo combinado.

Além das diferentes formas de apresentação e tipos do TDAH, é estimado que mais de 50% das crianças com diagnóstico de TDAH apresentam comorbidades com outras patologias (Condemarín, Gorostegui & Milicic, 2006; Rodhe & Benczik,

1999). Nesse sentido, além do comprometimento associado aos sintomas básicos de desatenção, hiperatividade e impulsividade, crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar maior probabilidade de comprometimentos adicionais decorrentes da comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Segundo Souza e Pinheiro (2003), os principais tipos de comorbidade são: Transtorno Desafiador de Oposição (TDO), Transtorno de Conduta (TC), Transtornos de Ansiedade, Transtornos do Humor (depressivo e bipolar), Transtornos de Aprendizagem e da Linguagem. Esses transtornos aumentam consideravelmente o comprometimento funcional de crianças e adolescentes com TDAH e afetam significativamente a expressão dos sintomas, o prognóstico e a resposta ao tratamento (Condemarin et al., 2006; Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001).

Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) conduziram um estudo com crianças brasileiras diagnosticadas com TDAH, com idades entre sete e onze anos. Por meio de exames neurológicos normais e exames neurológicos evolutivos (ENE), os pesquisadores constataram que 54,2% das crianças apresentavam transtorno de conduta ou transtorno desafiador de oposição. Os autores ainda verificaram que as comorbidades apresentavam efeitos sobre os sintomas básicos do TDAH, por exemplo, crianças com TDAH e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição tendem a ser mais impulsivas quando comparadas com as crianças com TDAH sem comorbidades ou com TDAH e Transtorno de Ansiedade. Outros resultados demonstram que as crianças com TDAH, Transtorno de Ansiedade e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição apresentavam impulsividade semelhante àquelas crianças com TDAH e Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador de Oposição, contudo sem Transtorno de Ansiedade que, por sua vez, não ameniza os sintomas de hiperatividade e impulsividade em crianças com

TDAH.

No que diz respeito a interação entre comorbidade e respostas ao tratamento, Possa et al. (2005) destacam que os transtornos disruptivos apresentam um efeito importante nas características básicas do TDAH, contudo raramente interagem com a resposta ao tratamento. Quando há o Transtorno de Ansiedade, os efeitos são mais discretos nas características básicas do TDAH, porém interage com frequência com a resposta a tratamentos específicos (crianças com TDAH e Transtorno de Ansiedade respondem melhor ao tratamento). De maneira geral, a presença de possíveis comorbidades indica uma necessidade de avaliação clínica sistemática para diagnóstico e tratamento bem sucedidos.

Considerando o exposto acima, é possível perceber que o TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Mesmo diante dos dados incertos a respeito da prevalência exata na população brasileira, é estimado que pelo menos 3,5% das crianças em idade escolar apresentam diagnóstico de TDAH. Os déficits no manejo dos impulsos, dos períodos de atenção, ao nível de atividade prejudicam a capacidade de planejamento e execução de ações orientadas por consequências futuras, levando a prejuízos em múltiplas áreas, como na adaptação ao ambiente acadêmico, nas relações interpessoais e no desempenho escolar (Arnold & Jensen, 1995; Barkley, 1996). Embora o TDAH tenha sido objeto de pesquisas por décadas, ainda existem grandes diferenças na explicação da sua etiologia. Os principais fatores relacionados às causas do TDAH serão apresentados a seguir.

Fatores orgânicos e psicossociais do TDAH

No que diz respeito às causas do TDAH, ainda não existe precisão de qual ou

quais sejam. No entanto, existe determinado consenso sobre as bases neurobiológicas em que interagem com fatores herdados, alterações neuroanatômicas e disfunção dos sistemas de neurotransmissores, sobre os quais influiriam os fatores ambientais (Condemarin et al., 2006). De acordo com Bender (1997), a maioria dos fatores está correlacionada e, portanto, não se pode, definitivamente, indicar uma relação de causa e efeito.

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

[...] 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 associadas ao TDAH. Fica claro, portanto, que muito provavelmente as alterações responsáveis pelo transtorno possam ocorrer em diversos pontos interligados do cérebro (p. 56).

Embora ainda exista imprecisão entre os estudos, Biederman (2005) afirma que é possível notar um padrão de déficits relatados em estudos de neurobiologia, neuroimagem e neuropsicologia do TDAH, ratificando a hipótese de que alteração na função do lobo frontal e as conexões entre o lobo frontal e regiões subcorticais constituem a base do TDAH. Os estudos de neuroimagem e neuropsicologia têm

evidenciado que indivíduos com TDAH apresentam alterações cerebrais estruturais e funcionais (Faraone, 2006). Os estudos funcionais têm se mostrado consistentes com estudos estruturais, evidenciando comprometimento dos sistemas fronto-subcortical. No entanto existe uma falta de acordo sobre o *locus* ou lateralidade dos danos que são observados.

Dessa forma, Biederman concluiu que os estudos sobre imagem do cérebro no TDAH demonstram que ocorrem disfunções em vias fronto-subcorticais. Rodhe e Benczik (1999) evidenciam que, nessas áreas da região cerebral em pessoas com TDAH, o funcionamento de algumas substâncias conhecidas como neurotransmissores, mais especificamente dopamina e noradrenalina, podem estar deficitários no que diz respeito a quantidade e funcionamento. 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).

O TDAH corresponde a um transtorno multideterminado e a participação genética também tem sido apontada como uma das principais causas. Biederman e Faraone (2005) demonstraram que estudos com gêmeos, por exemplo, evidenciam que a influência genética gira em torno de 76% dos casos de TDAH e essa estimativa não se alterou no período de 1973 a 2004, independentemente das alterações ocorridas nos sistemas diagnósticos.

Os estudos realizados com adotivos também oferecem evidências da hereditariedade do TDAH. A suposição fundamental, presente nessas pesquisas, é que uma desordem com influência genética indicará maior prevalência entre parentes

biológicos de crianças afetadas que entre parentes adotivos (Thapar, Langley, Asherson & Gill, 2007). A comparação realizada entre pais adotivos e biológicos de crianças com TDAH demonstrou que 6% de pais adotivos apresentavam TDAH quando comparado a 18% de pais biológicos de crianças não adotadas. Tais evidências sugerem que filhos adotados são menos prováveis de apresentar o transtorno, quando comparados a filhos biológicos de pais com TDAH (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy & Faraone, 2000). De maneira geral, Thapar et al.(2007), reportando-se a dois estudos prévios (Thapar, O'Donovan & Owen, 2005; Thapar et al., 2006), demonstram que pesquisas com gêmeos e adotados apresentam evidências consistentes de que fatores genéticos contribuem para a etiologia do TDAH com estimativas de hereditariedade entre 60-91%.

De forma complementar, os estudos com gêmeos apresentam evidências que fatores genéticos constituem o fator principal para a continuidade de sintomas de TDAH ao longo do tempo, bem como para a ligação entre TDAH e comportamento antissocial. Adicionalmente, estudos ressaltam que o transtorno não ocorre como resultado de um único gene. Pesquisas demonstram que diferentes genes, de pequeno efeito, quando somados aos diversos agentes ambientais, são considerados como responsáveis pela vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno e contribuem para sua manifestação (Roman et al., 2003; Faraone et al.,2005).

O TDAH e seu desenvolvimento não são explicados completamente por intermédio dos genes. Existem diferentes fatores que parecem estar associados ao TDAH (Thapar et al., 2007). O reconhecimento do transtorno como multideterminado 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 psicossociais constituem outra abordagem em relação aos determinantes do TDAH. Estudos que investigaram os fatores psicossociais evidenciaram variáveis familiares como discórdia matrimonial severa, criminalidade paterna, conflitos familiares crônicos, desordem mental materna bem como nível social baixo e colocação para cuidados adotivos, como fatores de risco para o TDAH (Biederman, 2005; Spencer et al., 2007). Dentre os fatores citados, Biederman, Faraone e Monuteaux (2002) investigaram a relação entre adversidade ambiental e TDAH, dispoendo dos indicadores de adversidade psicossocial propostos por Rutter. Os pesquisadores tiveram como resultado que as adversidades psicossociais em geral, como classe social baixa, conflitos familiares e psicopatologia materna, aumentam a probabilidade do TDAH. Considerando os resultados obtidos, pode-se inferir que é a somatória de fatores adversos com a ausência de fatores de proteção e não a presença de um único fator, que pode favorecer o desenvolvimento do transtorno (Biederman, 2005).

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. De acordo com Hallahan e Kauffman (2003), diversas crianças apresentam problemas de comportamento antes de iniciar a vida escolar e outras desenvolvem tais problemas durante sua vida escolar. As crianças que apresentam problemas emocionais e de comportamento, quando ingressam na escola, podem melhorar ou piorar seu desempenho, de acordo com a forma como são tratadas em tal contexto. A experiência escolar pode ser vista como um marco de grande importância

para qualquer criança, mas tal como os fatores familiares e biológicos, não é possível encontrar dados precisos sobre o quanto tais experiências contribuem para as dificuldades comportamentais apresentadas pela criança.

Nessa linha de investigação, Hallahan e Kauffman (2003) sintetizam que a escola pode contribuir de diferentes modos para o desenvolvimento dos problemas 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) professores e pares podem ser modelo de má conduta e a criança pode imitá-los; (d) o ambiente escolar pode recompensar o comportamento inadequado da criança com atenção e ignorar o comportamento adequado; (e) e a disciplina na escola pode ser negligente, rígida ou inconsistente.

Embora haja influência das adversidades psicossociais no TDAH, esses fatores não são preceptores específicos do transtorno e sim preceptores universais do funcionamento adaptável e da saúde emocional de crianças. Nesse sentido, os fatores psicossociais não são considerados determinantes do TDAH, porém podem ser considerados responsáveis por seu curso e prognóstico (Condemarin et al., 2006). A convergência de fatores genéticos e ambientais torna o TDAH um transtorno multifatorial, em que cada fator apresenta pequenos efeitos sobre o aumento da vulnerabilidade para o transtorno, sugerindo a necessidade de linhas múltiplas de pesquisa com o objetivo de compreender os mecanismos envolvidos no transtorno (Faraone, 2006).

Abordagens de tratamento para o TDAH

Os tratamentos mais utilizados para indivíduos com diagnóstico de TDAH são os medicamentosos e por intervenções psicossociais. Na literatura, os medicamentos mais citados são os estimulantes (metilfenidato, anfetaminas), as atomoxetinas, os antidepressivos (bupropina, tricíclicos), os antipsicóticos (risperidona) e os estabilizadores de humor (carbamazepina e lítio) (Correia Filho & Pastura, 2003; Silva & Rodhe, 2003).

Segundo Rohde e Benczik (1999), o uso de medicamentos produz melhoras significativas dos sintomas do TDAH para 70% das crianças que são medicadas. Tais efeitos positivos são evidenciados em especial nos sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD [MTA]*, 1999) e, mesmo sendo de curto prazo, possibilitam à criança ganhos imediatos nos diversos contextos nos quais está inserida. Entretanto, entre 70–80% de crianças com TDAH que respondem positivamente ao tratamento com estimulantes, poucas apresentam melhora suficiente no comportamento para caracterizar um retorno aos limites considerados normais (Pelham et al., 2000).

Nessa linha de investigação, pesquisas demonstram que o uso de medicação apresenta efeitos colaterais, tais como insônia, perda de apetite, aumento da irritação, tiques (Faraone et al., 2006; Rohde & Benczik, 1999) e efeitos limitados sobre problemas acadêmicos e relações com pares (Chronis, Jones & Raggi, 2006). Tendo em vista a variabilidade de resultados com tratamento medicamentoso, outros pesquisadores tiveram como proposta investigar e comparar os efeitos da intervenção farmacológica com a intervenção comportamental (e.g., Ayllon, Layman, & Kandel, 1975; Kayser et al., 1997; Pelham, Schnedler, Bologna, & Contreras, 1980).

Ayllon, Layman e Kandel (1975), por exemplo, conduziram um estudo com

três crianças, sendo dois meninos e uma menina, com idades entre oito e dez anos, que foram diagnosticados com TDAH e utilizavam metilfenidato como tratamento. Os pesquisadores registraram a frequência de comportamentos hiperativos e a quantidade de acertos em tarefas de matemática e leitura. Depois de serem feitos todos os registros, os pesquisadores suspenderam o uso da droga durante três dias e puderam observar que o comportamento hiperativo aumentou de maneira abrupta e que as habilidades acadêmicas permaneceram inalteradas. Posteriormente, ainda na ausência da droga, os pesquisadores introduziram na sala de aula dos participantes um sistema de economia de fichas, no qual cada resposta correta em matemática era seguida da entrega de uma ficha, que era trocada por diferentes itens de preferência (reforçadores potenciais), como tempo livre, doces e materiais escolares. Após a aplicação desse procedimento de reforçamento positivo por seis dias, os pesquisadores passaram a dar uma ficha contingente também a cada resposta de leitura. De maneira geral, os resultados indicaram que, ao final dos doze dias de intervenção, a frequência de respostas corretas nas disciplinas quadruplicou e os índices de hiperatividade diminuíram para os mesmos níveis do uso do medicamento.

Os resultados obtidos por Ayllon, Layman, e Kandel (1975), Kayser et al. (1997) e Pelham, Schnedler, Bologna, e Contreras (1980) sugerem que a intervenção comportamental, no contexto escolar, é promissora e corresponde a uma alternativa ao tratamento medicamentoso, direcionando-se à análise funcional dos comportamentos, promovendo o ensino de habilidades que geram mudanças mais estáveis e duradouras quando comparadas com as do uso de medicamentos. Os procedimentos que dispensam a intervenção farmacológica trazem como vantagem adicional o fato da criança diagnosticada com TDAH não ter de sofrer os possíveis efeitos colaterais químicos e comportamentais resultantes de tratamentos medicamentosos (Faraone,

Biederman, Spencer, & Aleardi, 2006).

Ainda considerando a intervenção comportamental, no contexto familiar, os pais podem atuar como facilitadores, se corretamente instrumentalizados em estratégias para aumentar a frequência de comportamentos acadêmicos, sociais e afetivos de seus filhos de modo a promover o pleno desenvolvimento deles e diminuir os conflitos familiares, a sobrecarga emocional e o estresse característicos dessas famílias com crianças com TDAH. Pais socialmente mais competentes são capazes de solucionar problemas encontrados na prática educativa dos filhos de forma mais positiva e efetiva (Bolsoni-Silva, Del Prette & Oishi, 2003).

HABILIDADES SOCIAIS E HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS

As dificuldades interpessoais apresentadas por crianças com TDAH passaram a ser mencionadas nos critérios diagnósticos do transtorno a partir de 1993 com a edição do DSM-IV (APA, 1994). Na versão mais atual do manual, o DSM-5 (APA, 2014), as dificuldades interpessoais das crianças com TDAH envolvem troca frequente de assunto em conversação, dificuldade em escutar os outros, conversação em momento impróprio, interromper ou intrometer-se em assuntos ou atividades de outros, dificuldades de se reunir a um grupo de atividades, de participar efetivamente em jogos e de desenvolver amizades significativas com outras crianças (APA, 2014; Boo & Prins, 2007; Fomess & Kavale, 2001). Como consequência, é possível compreender que os sintomas do TDAH interferem tanto nos comportamentos essenciais para a aprendizagem acadêmica como, por exemplo, obediência às regras em sala de aula, realização de atividades acadêmicas de maneira independente, permanência em atividades, como também na qualidade das relações interpessoais da criança com as demais pessoas. Barkley (1998) encontrou que cerca de 50% a 60% das crianças com diagnóstico de TDAH apresentam problemas nas interações com outras pessoas.

Campo teórico-prático das Habilidades Sociais

A. Del Prette e Del Prette (2017) definem as habilidades sociais como um construto descritivo dos comportamentos sociais prestigiados em determinada cultura, com alta probabilidade de resultados acertados para o indivíduo, seu grupo e comunidade, podendo contribuir para um desempenho socialmente competente de tarefas interpessoais. Compreender adequadamente o conceito torna-se imprescindível

para o estudo na área, e requer, conforme A. Del Prette e Del Prette (2017), a delimitação de outros conceitos relacionados, como determinação cultural, tarefas interpessoais, desempenho e competência social.

Segundo Del Prette e Del Prette (2010/2012), as habilidades sociais, assim como qualquer comportamento, são produtos da seleção filogenética, ontogenética e cultural. A cultura estabelece padrões esperados e valorizados frente a determinadas demandas sociais (Del Prette & Del Prette, 2010/2012), que definem tarefas interpessoais específicas, entendidas como a unidade interativa mínima identificável em uma cultura em resposta à pergunta o que eles estão fazendo (McFall, 1982). Ao se relacionar com os outros, portanto, as pessoas apresentam determinado comportamento ou sequência de comportamentos em resposta a tarefas sociais. De maneira geral, apresentam um desempenho social específico, que pode ser desejável ou indesejável, conforme normas culturais, que definem padrões esperados pelo grupo social (A. Del Prette & Del Prette, 2017).

Os comportamentos sociais desejáveis caracterizam classes de HS que podem contribuir para a competência social, enquanto as respostas indesejáveis envolvem reações passivas, que se expressam predominantemente de forma encoberta (através de mágoa, incômodo, ressentimento, ansiedade, fuga ou esquiva), ou reações ativas, que se expressam de forma aberta (por meio de agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo ou coerção). Tais reações estão associadas a problemas externalizantes ou internalizantes e, muitas vezes, a transtornos psicológicos específicos (A. Del Prette & Del Prette, 2017). Embora o uso dos termos competência social e habilidades sociais como conceitualmente equivalentes ainda apareça na literatura, grande parte dos teóricos e pesquisadores os adotam de forma diferenciada (e.g., A. Del Prette & Del Prette, 2017; McFall, 1982; Trower, 1995).

As habilidades sociais correspondem aos “tijolos construtores da competência social” (Trower, 1995, p. 57) e indispensáveis para um relacionamento eficaz, contudo a disponibilidade de um repertório de habilidades sociais não garante o desempenho socialmente competentemente de ou em uma tarefa interpessoal (A. Del Prette & Del Prette, 2017; Del Prette & Del Prette, 2006). Segundo A. Del Prette e Del Prette (2017), enquanto o termo habilidades sociais é entendido como um construto descritivo de classes de comportamentos que têm alta probabilidade de maximizar reforçadores e reduzir estimulação aversiva, o termo competência social tem um carácter avaliativo do desempenho de um indivíduo (incluindo comportamentos públicos e privados) em uma tarefa interpessoal, conforme os objetivos do indivíduo e as demandas situacionais e culturais. Para A. Del Prette e Del Prette (2017), um desempenho socialmente competente deve atender à dimensão instrumental (resultados imediatos, atendendo o indivíduo) e ética (resultados a médio e longo prazo, atendendo os interesses do grupo), produzindo resultados positivos tanto para o indivíduo quanto para o outro e para o grupo social, de forma imediata, a médio e longo prazo.

A avaliação desses resultados deve se basear em critérios de funcionalidade, que foram definidos por A. Del Prette e Del Prette (2001) como: (1) consecução do objetivo da tarefa interpessoal; (2) manutenção/melhora da autoestima; (3) manutenção/melhora da qualidade da relação; (4) equilíbrio de poder entre os participantes; e (5) respeito dos direitos humanos básicos. A. Del Prette e Del Prette (2017) apontam, ainda, que o critério mínimo, subjacente a todos esses, é o de atender à Regra de Ouro: Fazer ao outro o que gostaria que lhe fizessem. Um comportamento social, portanto, é considerado competente somente quando alcança tais critérios de funcionalidade instrumental e ética (Del Prette & Del Prette, 2017).

De maneira geral, as Habilidades Sociais podem ser aprendidas ao longo da

vida por intermédio dos processos formais e informais de interação com as outras pessoas, sendo também influenciadas pela cultura e contingências ambientais imediatas. Dessa forma, podemos observar que, quando o ambiente natural não é favorável pela ausência de modelação, instrução e a consequenciação, é possível que ocorra dificuldades e falhas na aquisição e aperfeiçoamento das habilidades, podendo incluir problemas de comportamento concorrentes, que exigem intervenções educativas e/ou terapêuticas que envolvem, basicamente, uma reestruturação dos processos de aprendizagem em condições mais favoráveis (Del Prette & Del Prette, 2018).

Na infância, o repertório de habilidades sociais é apontado como fator protetivo para o desenvolvimento, principalmente durante os primeiros anos do ciclo vital, e tem sido associado positivamente a diversos indicadores de funcionamento adaptativo, como responsabilidade, independência, cooperação, autoestima e rendimento escolar (Del Prette & Del Prette, 2005). Por outro lado, crianças com um repertório deficitário de habilidades sociais tendem a apresentar dificuldades ao se relacionar com outras pessoas, sendo rejeitadas pelos colegas (Miles & Stipek, 2006), maior probabilidade de problemas de comportamento e de aprendizagem (Casali-Robalinho, 2013; Casali-Robalinho, Del Prette, & Del Prette, 2015; Cia, Pamplin, & Del Prette, 2006; Del Prette, Del Prette, de Oliveira, Gresham, & Vance, 2012), baixa autoestima (Miles & Stipek, 2006) e, com frequência, experimentam angústia, solidão, isolamento (Kostelnik et al., 2016) e menos felicidade (Richaud de Minzi, 2009).

De acordo com Bolsoni-Silva et. al (2014), o contexto familiar constitui a base da estimulação inicial dos padrões de relacionamento e competência social. Nessa direção, deve-se considerar que as interações estabelecidas entre pais e filhos, desde o

nascimento da criança, constituem um dos fatores que favorece o desempenho socialmente competente. Especificamente, a forma como os pais oferecem consequências para o comportamento dos filhos e os modelos de interação social fornecidos por eles são essenciais ao desenvolvimento da competência social. Nesse processo de aprendizagem, as consequências 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). De forma resumida, a aprendizagem das habilidades sociais no contexto familiar é a base do desempenho social e da qualidade dos relacionamentos que a criança irá apresentar em outros contextos.

O papel do ambiente familiar

No que diz respeito ao contexto familiar, Kostelnik et al. (2016) afirmam que “por meio de atos e escolhas, as famílias exercem o papel principal na transmissão às crianças de maneiras, pontos de vista, crenças e ideias aceitas e mantidas pela sociedade em que vivem” (p. 13). Enquanto agente socializador primário, a família corresponde ao núcleo para a aprendizagem inicial de valores e de como reagir diante de determinadas situações, tornando as crianças aptas a resolver problemas de maneira efetiva (Benítez & Justicia, 2006), além de ser “base da estimulação inicial dos padrões de relacionamento e da competência social” (Z. Del Prette & Del Prette, 2005, p. 58).

A maneira como os pais interagem e educam seus filhos é determinante para a promoção de comportamentos considerados socialmente adequados ou inadequados (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Conforme Ferreira e Marturano (2002), um clima familiar acolhedor e que supra as necessidades da criança pode diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. Na mesma linha de investigação, Bohanek et. al.

(2006) apontam que um padrão de comunicação adequado entre pais e filhos tende a melhorar a interação social desses com os pares, diminuindo a probabilidade de apresentarem problemas de comportamento.

As características familiares como, por exemplo, disciplina inconsistente (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003), restrição de oportunidades de contato e modelos (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005), pouca interação positiva e supervisão insuficiente das atividades da criança (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003), baixo envolvimento parental (Dell'Aglio, Benetti, Deretti, D'Incao, & Leon, 2005) e violência familiar (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Pesce, 2009) constituem fatores de risco para o desenvolvimento social de uma criança.

As características presentes no ambiente familiar mencionadas estão relacionadas à forma como os pais planejam e conduzem a educação dos filhos, influenciando o desenvolvimento interpessoal deles (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005). Gomide (2006) classifica as práticas educativas parentais em positivas (comportamento moral e monitoria positiva) e negativas (negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico), enquanto práticas educativas parentais positivas favorecem a aprendizagem de habilidades sociais, as negativas podem aumentar a ocorrência de problemas de comportamento.

Na mesma linha de pesquisa, Bolsoni-Silva, Marturano e Silveira (2006) identificaram alguns padrões parentais que podem acabar dificultando o sucesso na tarefa educativa como, por exemplo, repetir insistentemente uma ordem, utilizar a agressão, dar explicações exageradas, zangar-se de forma prolongada e frequente, chantagear, voltar no assunto para gerar culpa, ameaçar de perda de amor ou abandono, comparar ou realizar comentários negativos na frente de outras pessoas ou, então, não fazer nada. Desse modo, torna-se necessário para os pais, estabelecer regras claras e

justas, estejam atentos, bem como utilizar o feedback de maneira apropriada, sem oferecer exemplos contrários (Da Dalt de Mangione & Difabio de Anglat, 2002).

Quando as práticas parentais são avaliadas pelos filhos com TDAH, os resultados evidenciados seguem a mesma direção. Rielly, Craig e Paker (2006) compararam as práticas parentais, relatadas por 109 estudantes com diagnóstico de TDAH e 109 sem diagnóstico TDAH, e os resultados evidenciaram que pais de crianças com TDAH apresentaram mais práticas parentais negativas do que positivas e que essas crianças recebiam 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 para a manutenção desses padrões de interações pais e filhos sugere que eles ocorrem em face da história de insucesso dos pais para manejar os comportamentos dos filhos, podendo 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). A adoção dessas práticas educativas pode ocasionar, momentaneamente, ganhos positivos para os pais, entretanto irá ocasionar prejuízos a longo prazo para pais e filhos (Johnson & Mash, 2001).

É preciso considerar que as práticas parentais negativas podem iniciar como resultado à presença da desatenção, impulsividade e hiperatividade apresentadas pela criança, favorecendo as dificuldades parentais como também pode ser decorrente de práticas educativas negativas já estabelecidas na interação familiar, e nesse caso, portanto, sem uma relação inicial com as dificuldades apresentadas pela criança. Portanto, a manutenção de padrão parental caracterizado por punição excessiva e indiscriminada ou de recompensa (reforçamento) aos comportamentos inadequados ao

invés dos adequados, acaba influenciando 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 levam à manutenção das práticas educativas negativas.

No que diz respeito aos recursos e déficits sociais apresentados por pais de crianças com TDAH, 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 em virtude do 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. Tais restrições envolvem frequentar lugares públicos como *shoppings*, restaurantes, cinemas, transportes públicos e fazer visitas a amigos e parentes. Com isso, os pais passam a não frequentar muitas situações do dia-a-dia, por se julgarem inadequados em suas atitudes parentais, aumentando o seu isolamento social (McLaughlin & Harrison, 2006; Adesida & Foreman, 1999). Como consequência desse isolamento social, as práticas parentais menos efetivas são fortalecidas (McLaughlin & Harrison, 2006).

Nessa linha de investigação, com o objetivo de reduzir tais sentimentos bem como o isolamento social dessas famílias, aumentando sua capacidade educativa, os pais precisam ser assessorados no desenvolvimento de um conjunto de comportamentos que possam não apenas manter os comportamentos sociais dos seus filhos, como também identificá-los e modelá-los, utilizando estratégias eficazes para promovê-los quando necessário.

Diversos estudos evidenciam que pais com um repertório elaborado de habilidades sociais tornam possível a promoção de comportamentos socialmente adequados (Bolsoni-Silva, Del Prette, & Oishi, 2003; Gray, Spurway, & McClatchey,

2001; Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009), redução de problemas comportamentais (Bolsoni-Silva, Silveira, & Ribeiro, 2008; Pinheiro et al., 2006) e melhora do desempenho acadêmico nos filhos (Cia, Barham, & Fontaine, 2010; Cia, Pamplin, & Williams, 2008). O relacionamento entre pais e filhos pode ser influenciado pelo repertório de HS dos pais, bem como pelas práticas parentais educativas relacionadas e estratégias que os pais utilizam para direcionar os comportamentos dos filhos a fim de obter objetivos específicos diante das situações (Bem & Wagner, 2006; Bolsoni-Silva, 2003; Fantinato & Cia, 2015).

Os pais são os maiores modelos para os filhos. Os responsáveis devem utilizar suas próprias habilidades para ensinar as crianças a se expressarem, apontando, assertivamente, os comportamentos desejáveis e malquistos dos filhos, elogiando quando necessário e solicitando mudanças, explicando suas motivações e as possíveis consequências positivas ou negativas. Dessa forma, os pais evitam práticas coercitivas que os afetam negativamente e a seus filhos (Bolsoni-Silva, 2003). Pais que não oferecem suporte social e não demonstram afeto para a criança infligem nela sentimentos de vulnerabilidade e incapacidade, prejudicando seu desenvolvimento e deixando-a despreparada para suas interações futuras. Ao contrário destes, os pais habilidosos têm maior repertório para criar um ambiente acolhedor (Cardoso & Soares, 2011).

Possibilidades de intervenção no campo das Habilidades Sociais

Como mencionado, as habilidades sociais são aprendidas ao longo da vida nos processos de interação com as pessoas, formais ou informais, influenciados pela subcultura à qual pertencem (A. Del Prette & Del Prette, 2017). No entanto, caso o ambiente natural não seja favorável à aprendizagem ou desempenho de

comportamentos socialmente habilidosos, podem ocorrer déficits em habilidades sociais. Os déficits de relacionamento interpessoal, caracterizados por baixa frequência ou falhas no desempenho de comportamentos sociais diante das demandas do ambiente (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005), podem ser classificados em três tipos: aquisição, desempenho e fluência (Gresham, 2002), a partir da análise da frequência, importância e proficiência (probabilidade de gerar consequências favoráveis) das habilidades sociais. O déficit de aquisição refere-se à não ocorrência da habilidade e revela a falta de aprendizagem prévia da mesma. No déficit de desempenho há ocorrência da habilidade, porém com uma frequência inferior à esperada, devido a condições que inibem ou não favorecem a emissão da habilidade já aprendida e disponível no repertório do indivíduo. O déficit de fluência, finalmente, envolve uma falha em proficiência e implica em necessidade de aperfeiçoamento da habilidade para que se torne funcional para o indivíduo. Nesses casos, são necessárias intervenções educativas ou terapêuticas que reestruturem os processos de aprendizagem em condições mais favoráveis (A. Del Prette & Del Prette, 2017; Del Prette et al., 2011). Identificar o tipo de déficit que caracteriza a falha no desempenho social é indispensável, pois sinaliza os procedimentos requeridos ao planejar intervenções que tenham como alvo o ensino de habilidades sociais (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005).

Programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) correspondem ao arranjo de condições estruturadas para o alcance de determinados objetivos que foram previamente estabelecidos. Essa perspectiva relaciona dois componentes que constituem a base do TSH: condições e objetivos. Nesse caso, as condições se referem ao conjunto de técnicas, recursos e procedimentos que são utilizados; já os objetivos correspondem aos resultados desejados até o final do programa. Os THS originaram-se

na década de 1960, como “uma tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar sua competência interpessoal e individual em classes específicas de situações sociais” (Curran, 1985; citado por Caballo, 2007, p. 181). Preocupados com a negligência do conceito de competência social por pesquisadores da área, A. Del Prette e Del Prette (2017) apontaram que um

Programa de Treinamento de Habilidades Sociais orientado para a Competência Social é um conjunto de atividades planejadas que estrutura processos de aprendizagem, mediados e conduzidos por um terapeuta ou facilitador, visando não somente a aquisição e/ou aperfeiçoamento das Habilidades Sociais, mas também dos demais requisitos da Competência Social (p. 80).

De acordo com A. Del Prette e Del Prette (2017), “a chave para a efetividade de qualquer programa é estabelecer condições para que o desempenho ocorra e seja alterado na direção esperada e desejável” (p. 86), focando: (1) o ensino de habilidades sociais novas e significativas; (2) a ampliação da frequência e proficiência de habilidades sociais já aprendidas, porém deficitárias; (3) a extinção ou redução de comportamentos concorrentes; (4) o desenvolvimento de valores de convivência com foco no respeito aos direitos humanos; e (5) o aprimoramento da automonitoria. Embora na década de 1960 tenham sido assentadas as bases para os THS, a maior difusão ocorreu em meados de 1970 (Caballo, 1996). Inglaterra, Estados Unidos e Canadá sediaram as primeiras pesquisas na área, possibilitando a rápida divulgação em língua inglesa e, posteriormente, o campo estendeu-se para Espanha e Portugal, permitindo a adaptação em outras línguas (A. Del Prette & Del Prette, 2017).

No Brasil, especificamente, os programas de habilidades sociais com delineamento experimental começaram a ser implementados no final da década de 1990 (Falcone, 1999; Del Prette & Del Prette, 1999), após o artigo considerado marco

de apresentação desse campo (Del Prette & Del Prette, 1996), havendo um notável avanço na área nos últimos anos (Del Prette & Del Prette, 2019).

Tanto no Brasil quanto no exterior, programas que focam o ensino de HS ou, então, incluem explícita ou implicitamente componentes de habilidades sociais ou habilidades sociais educativas, têm sido implementados em diversos contextos (educacional, clínico ou profissional; A. Del Prette & Del Prette, 2017) e com diferentes amostras. Os THS podem ser conduzidos em formato grupal ou individual, podendo ser caracterizados como preventivos, terapêuticos e profissionais, sendo aplicados a diversas faixas etárias. Esses programas utilizam estratégias nas quais a escolha depende tanto dos objetivos propostos quanto dos déficits identificados nos participantes. Alguns dos procedimentos, técnicas e recursos recomendados e frequentemente utilizados por pesquisadores da área (Casali & Del Prette, em preparação, Apêndice 2), e detalhados por A. Del Prette e Del Prette (2017), são: ensaio comportamental, exercícios instrucionais, exposição dialogada, feedback, modelação, modelagem, resolução de problemas, role-playing (desempenho de papéis), TC, uso de recursos multimídia e atividades vivenciais.

Nessa direção, a aplicação de THS aos pais podem fazer com que eles sejam agentes facilitadores, se corretamente instrumentalizados, em estratégias para aumentar a frequência de comportamentos acadêmicos, sociais e afetivos de seus filhos de modo a promover o pleno desenvolvimento deles. Quando os pais são socialmente mais competentes, conseguem solucionar problemas encontrados na prática educativa dos filhos de forma mais positiva e efetiva (Bolsoni-Silva, Del Prette & Oishi, 2003). Programas com agentes educativos visam o aprimoramento das próprias estratégias de educação e, na maior parte dos casos e de forma indireta, objetivam a promoção do desenvolvimento infantil, como destacado a seguir.

Intervenção com agentes educativos: noções conceituais e programas de intervenção

A. Del Prette e Del Prette (2001) nomearam de Habilidades Sociais Educativas (HSE) àquelas habilidades “intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro, em situação formal ou informal” (p. 95). No contexto familiar, A. Del Prette e Del Prette (2017) propuseram tarefas interpessoais comuns no desempenho dos papéis parentais, conforme apresentado a seguir:

HS Educativas (pais): identificar sentimentos e comportamentos dos filhos, dialogar, apresentar e/ou sugerir atividades, estabelecer e liberar consequências, propor problemas e jogos, encorajar, orientar tarefas escolares, incentivar leitura e reflexões, avaliar/questionar desempenho, mediar interações dos filhos com outras pessoas, incentivar feedback e gentilezas do filho em relação a outros, discutir valores, normas e critérios de convivência, incentivar a autonomia, a reciprocidade e empatia dos filhos (pp. 70-71).

Essas tarefas caracterizam as diferentes habilidades sociais educativas propostas pelos autores em 2008 (Del Prette & Del Prette, 2008a) em termos de um sistema de categoria composto por quatro classes amplas que se compõem de outras mais específicas, como pode ser observado na Tabela 2.

Classificação das Habilidades Sociais gerais, Educativas e da Infância

Proposta conceitual		
HS (A. Del Prette & Del Prette, 2011*; A. Del Prette & Del Prette, 2017)	HSE (Del Prette & Del Prette, 2008a)	HSI (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005)
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação*. • Civilidade*. • Fazer e manter amizades. • Empatia*. • Assertividade*. • Expressar solidariedade. • Manejar conflitos e resolver problemas interpessoais*. • Expressar afeto e intimidade. • Coordenar grupo. • Falar em público. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer contextos potencialmente educativos. • Transmitir ou expor conteúdos sobre habilidades sociais. • Monitorar positivamente. • Estabelecer limites e disciplina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrole e expressividade emocional. • Civilidade. • Empatia. • Assertividade. • Fazer amizades. • Solução de problemas interpessoais. • Habilidades sociais acadêmicas.
	Proposta empírica	
	HSE-Pais (Del Prette & Del Prette, 2013a)	
	<ul style="list-style-type: none"> F1 - Estabelecer limites, corrigir, controlar. F2 - Demonstrar afeto e atenção. F3 - Conversar e dialogar. F4 - Induzir disciplina. F5 - Organizar condições educativas. 	

HS: Habilidades Sociais; HSE: Habilidades Sociais Educativas; HSI: Habilidades Sociais na Infância.

Por intermédio de habilidades sociais educativas (apresentadas na Tabela 2) os pais podem criar condições para a prevenção de problemas socioemocionais e acadêmicos na infância. Contudo, segundo Máiquez et al. (2000), os programas devem promover, além de práticas educativas, as próprias “competências pessoais e interpessoais”, que também contribuem para o desenvolvimento e a educação dos educandos (Martín-Quintana et al., 2009).

Portanto, como pré-requisito para a aquisição dessas habilidades destaca-se a necessidade dos agentes educativos aperfeiçoarem o próprio repertório de habilidades sociais, incluindo a automonitoria, uma classe de habilidade social de ordem superior (Del Prette & Del Prette, 2010/2012) que está na base de qualquer outra. Embora as demandas interpessoais sejam contextuais e diferenciadas para cada subgrupo, A. Del

Prette e Del Prette (2001) identificaram algumas classes de habilidades sociais relevantes para todas as etapas de desenvolvimento (A. Del Prette & Del Prette, 2001) propondo, algum tempo depois (A. Del Prette & Del Prette, 2017, p. 28-29), um portfólio mais minucioso, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Estudos também evidenciam a necessidade dos pais criarem condições de ensino para as crianças adquirirem um repertório adequado de habilidades sociais, que lhes permita conduzir competentemente as demandas interpessoais. Considerando a literatura da área e estudos empíricos com crianças, Z. A. P. Del Prette e Del Prette (2005) propuseram sete classes de habilidades sociais como as de maior relevância para o desenvolvimento interpessoal da criança, definindo os componentes essenciais de cada uma delas. Essas classes, conhecidas por Habilidades Sociais na Infância (HSI) são, embora específicas, interdependentes e complementares (ver Tabela 2).

Dessa forma, torna-se imprescindível que os agentes educativos desenvolvam um repertório elaborado tanto de habilidades sociais educativas, quanto habilidades sociais (como requisito prévio) e que, também, consigam criar condições educativas para a promoção de habilidades sociais nos filhos. Dessa forma, a Tabela 2 demonstrou a proposta conceitual (bases teóricas) de classificação das habilidades sociais gerais (A. Del Prette & Del Prette, 2017), habilidades sociais educativas (Del Prette & Del Prette, 2008a) e habilidades sociais na infância (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2005), e também a proposta empírica das habilidades sociais educativas para os pais.

O treino de práticas educativas parentais têm sido foco de diversos pesquisadores em contexto brasileiro, muitos implementando programas com eficácia demonstrada, como o Programa de Qualidade na Interação Familiar (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2011), o PROMOVE (Bolsoni-Silva, 2007) e o Programa de Treinamento de Pais em Habilidades Sociais (PTP-HS, Pinheiro, Del Prette, & Haase,

2002). Programas que incluem o manejo parental surgem, frequentemente, a partir de queixas de problemas comportamentais (e.g., Bolsoni-Silva, Silveira, & Marturano, 2008; Pinheiro et al., 2006; Rios & Williams, 2008) ou dificuldades acadêmicas (e.g., Barros & Del Prette, 2007; Del Prette, 2013).

Nessa perspectiva, Rocha, Z. Del Prette e A. Del Prette (2013) conduziram um estudo que avaliou experimentalmente os efeitos de um Programa de Habilidades Sociais Educativas sobre o repertório social e instrucional dos pais e sobre as habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica de filhos com TDAH. Para isso, participaram da pesquisa dezesseis mães que foram alocadas em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC). O programa foi composto por 28 sessões realizadas semanalmente em grupo, distribuídas ao longo de seis meses, cada uma com duração aproximada de duas horas e organizada em três fases. Na fase 1 foram destacados os seguintes temas: TDAH, importância das Habilidades Sociais Educativas e causas do comportamentos (princípios de aprendizagem; a fase 2, por sua vez, foi destinada ao Treinamento de Habilidades Sociais Cotidianas e, por fim, a fase 3 teve como objetivo conduzir o Treinamento de Habilidades Sociais Educativas. Foram realizadas avaliações individuais de pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento por meio de inventários (IHS-Del-Prette e SSRS-BR) e de observação direta em situação estruturada. Também foram conduzidas análises não paramétricas (Mann-Whitney) que indicaram o impacto positivo do programa sobre o repertório das mães e dos filhos do GE, mas não do GC, com generalização para o contexto familiar, com indicadores de manutenção no seguimento. Apesar dos resultados promissores do programa de treinamento de habilidades sociais cotidianas e educativas com as mães sobre o comportamento social e acadêmico de seus filhos com TDAH, algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Enquanto os dados relativos às

habilidades sociais educativas foram obtidos por meio de relatos e observações, a avaliação do impacto do programa sobre as crianças, não obstante multinformante foi baseada apenas em relatos verbais. Estudos futuros poderiam incluir a avaliação direta desses comportamentos.

Na mesma linha de investigação Ferreira et al. (2016) aplicaram um treinamento de habilidades sociais educativas para treze pais de crianças com TDAH, estudantes de escola pública com idades entre sete e doze anos. O programa tinha como objetivo capacitar os pais para lidar com demandas interpessoais cotidianas e estabelecerem estratégias a fim de favorecer o desenvolvimento social e acadêmico de seus filhos com TDAH. O programa foi conduzido ao longo de quatorze encontros, sendo um por semana, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos cada. Os encontros foram distribuídos em três momentos: a) duas sessões iniciais para a apresentação da proposta do programa e avaliação pré-intervenção; b) dez sessões para desenvolvimento das Habilidades Sociais Educativas selecionadas e c) duas sessões para avaliação pós-intervenção e encaminhamentos. Os resultados demonstraram mudanças positivas nas habilidades sociais cotidianas e educativas dos pais após a intervenção. A maioria das crianças foi avaliada positivamente pelos pais e professores. Apesar dos resultados promissores, os autores salientam a baixa adesão dos pais e a desistência antes do programa ser finalizado, corroborando outros achados da literatura (Fabiano et al., 2009). Uma alternativa de investigação seria a condução de um treino de habilidades sociais educativas com menos encontros, buscando reduzir o custo de resposta dos pais, com o objetivo de aumentar a adesão ao programa, bem como a permanência até o final, e condução de encontros individuais com cada família para garantir participação em todos os encontros planejados.

De maneira geral, considerando o exposto até o momento, é possível perceber

que: (1) crianças com um repertório deficitário de habilidades sociais tendem a apresentar dificuldades ao se relacionar com outras pessoas (Miles & Stipek, 2006), (2) a forma como os pais interagem e educam seus filhos é determinante para a promoção de comportamentos considerados socialmente adequados ou inadequados (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002) e (3) os agentes educativos devem desenvolver um repertório elaborado tanto de habilidades sociais educativas, quanto habilidades sociais para que consigam criar condições educativas para a promoção de habilidades sociais nos filhos.

Problema de pesquisa

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.

As condições adversativas provenientes do cenário da COVID-19, que iniciou nos primeiros meses de 2020 e se estende para 2022, podem potencializar possíveis comportamentos inadequados das crianças com TDAH, que precisam ser manejados de forma adequada a fim de evitar que o transtorno tenha seu curso piorado ou agravado. Em decorrência do isolamento social, muitas famílias ficaram impossibilitadas de dar andamento às intervenções psicológicas presenciais dos filhos no mesmo momento em que as escolas foram fechadas e o ensino remoto exigiu participação ativa dos pais.

Nesse sentido, programas na modalidade remota online podem ser promissores, pois constituem uma alternativa para o atual momento, além de serem menos onerosos, já que os pais não precisam se deslocar até o local do encontro, as dificuldades logísticas de planejamento e execução do programa são reduzidas e os materiais podem ser apresentados virtualmente.

Programas de THS têm sido implementados de forma crescente em diversos países e contextos, demonstrando eficácia na ampliação de relacionamentos mais harmoniosos, redução de conflito e promoção de práticas compatíveis com uma perspectiva ética benéfica à cultura. Contudo, não encontramos na literatura estudos destinados ao ensino de habilidades sociais e habilidades sociais educativas personalizado para mães de crianças com TDAH com aplicação na modalidade online. O que é encontrado na literatura corresponde a um estudo de Barbosa, Capellini e Bolsoni-Silva (2021) que buscou acompanhar de forma crítica a aplicação de um treinamento estruturado de habilidades sociais (PROMOVE – Universitários) em universitários previamente identificados com Altas Habilidades/Super Dotação (AH/SD) acadêmica, bem como descrever e analisar a mudança nos indicadores de saúde mental e a aprendizagem de comportamentos socialmente habilidosos. Nesse caso, as pesquisadoras alteraram a aplicação do programa de presencial para online por meio da plataforma google meet, devido a pandemia. A excepcionalidade o referido estudo consiste na aplicação virtual de um treino estruturado com este seguimento da população, durante a pandemia COVID-19.

Nessa direção o objetivo do presente estudo é aplicar e avaliar um treino instrucional individualizado de habilidades sociais e habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH na modalidade online. Este estudo teve, também, objetivos intermediários, considerados pré-requisitos para o cumprimento do objetivo

principal: (1) caracterizar o repertório de Habilidades Sociais e Habilidades Sociais Educativas de pais de crianças com TDAH; (2) caracterizar o repertório de habilidades sociais e problemas comportamentais das crianças com TDAH.

MÉTODO

O presente estudo caracterizou-se como pesquisa-intervenção, sendo necessária a produção de material de apoio instrucional para o planejamento e condução do programa de intervenção.

Participantes

Participaram da pesquisa três mães de crianças com idade entre 8 a 10 anos diagnosticadas com TDAH, mas sem nenhuma outra comorbidade. As três crianças também participaram do programa respondendo ao SSRS-BR. O recrutamento das mães ocorreu de maneira *online*.

Instrumentos de avaliação

Na Tabela 3 são apresentados os instrumentos utilizados no estudo para avaliação do repertório dos participantes antes (pré-intervenção, A1), imediatamente após (pós-intervenção imediata, A2) e depois de dois meses finalizada a intervenção (follow-up, A3). Posteriormente são caracterizados detalhadamente cada instrumento usado nas etapas descritas acima.

Tabela 3

Instrumentos de avaliação utilizados no estudo

Instrumento	Váriavel avaliada	Participante avaliado	Momento
IHS-Del-Prette	Habilidades Sociais Gerais	Pais	A1, A2, A3
IHSE-Pais	Habilidades Sociais Educativas	Pais	A1, A2, A3
SSRS-BR	Habilidades Sociais Infantis	Crianças	A1 e A2

Nota. IHS-Del-Prette: Inventário de Habilidades Sociais; IHSE: Inventário de Habilidades Sociais Educativas; SSRS-BR: Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais. A1: avaliação inicial; A2: avaliação pós-intervenção; A3: avaliação *follow-up*.

Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2-Del-Prette)

O IHS-Del-Prette (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2001) é um instrumento de autorrelato para avaliação de habilidades sociais, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e disponibilizado em forma de uma caixa com materiais impressos (manual, fichas de aplicação e de apuração). Neste estudo foi utilizada a versão atualizada para amostra ampliada de 18 a 60 anos (Del Prette & Del Prette, 2018), com trinta itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item, considerando o total de vezes que se encontrou na situação descrita, e estimar a frequência de sua resposta em escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de 0-2 (nunca ou raramente) a 9-10 (sempre ou quase sempre). Em alguns itens há um fraseado “negativo”, ou seja, pontuação mais alta indica déficit de habilidades sociais, devendo-se, nestes, inverter a pontuação para a obtenção do escore. Os itens produzem um Escore Total ($\alpha = 0.838$)

que, de acordo com a nova estrutura fatorial (obtida via Exploratory Structural Equation Modeling – ESEM), reteve 30 itens, com consistência interna excelente (alfa de Cronbach = 0,944) e uma estrutura de cinco fatores com consistência satisfatória a alta: F1 – Conversação assertiva ($\alpha = 0,934$), F2 – Abordagem afetivo-sexual ($\alpha = 0,774$); F3 – Expressão de sentimento positivo ($\alpha = 0,894$), F4 – Autocontrole/Enfrentamento ($\alpha = 0,840$) e F5 – Desenvoltura social ($\alpha = 0,840$).

Inventário de Habilidades Sociais Educativas - Pais (IHSE-Pais)

Este instrumento, elaborado por Del Prette e Del Prette (2013a), é um inventário de autorrelato com 60 itens que descrevem comportamentos sociais apresentados na relação com os filhos, respondidos pelos pais em uma escala Likert que varia de Nunca ou Quase Nunca (0) a Sempre ou Quase Sempre (4). Os itens da escala foram elaborados a partir do Sistema de Categorias de Habilidades Sociais Educativas, proposto por Del Prette e Del Prette (2008a). As propriedades psicométricas preliminares foram aferidas em uma amostra de 433 genitores (25% pais e 75% mães) de filhos entre 2 e 17 anos. O instrumento produz um escore total ($\alpha=0,957$) e cinco escores fatoriais produzidos por fatoração de eixos principais (Principal Axis Factoring), com rotação PROMAX: F1 – Estabelecer limites, corrigir, controlar ($\alpha = 0.936$); F2 – Demonstrar afeto e atenção ($\alpha = 0.883$); F3 – Conversar/dialogar ($\alpha = 0.851$); F4 – Induzir disciplina ($\alpha = 0.791$); F5 – Organizar condições educativas ($\alpha = 0.748$). Uma análise do potencial discriminativo dos itens evidenciou que todos apresentaram discriminação positiva na diferença entre os grupos de maior e menor escore que assinalaram os pontos máximos da escala: em metade dos itens a diferença foi igual ou maior que 50%. A correlação entre item e escore total também foi positiva e significativa para todos os itens, variando de 0.372 a 0.692.

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

Validado para o Brasil por Bandeira, Del Prette, Del Prette e Magalhães. Nesse estudo, sua utilização teve como objetivo avaliar, segundo a percepção da mãe e da própria criança, o desempenho social e problemas de comportamento apresentados pelas crianças, e dar suporte para a escolha dos comportamentos alvos para intervenção. Esse sistema de avaliação abrange 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 (35itens). 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*.

Nas Formas 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, 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.

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 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 pelas 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.

Equipamentos e outros materiais

A aplicação do programa ocorreu no formato de ensino remoto, por meio da plataforma *online* Google Meet. Para isso foram necessários computadores com acesso

à internet.

Procedimento

O presente estudo, que se orientou pelos critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde no que se refere às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/96), foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar, conforme Processo nº 5.028.048).

Descrição do programa

O programa de Habilidades Sociais e Habilidades Sociais Educativas teve como objetivo a aplicação de um treino instrutivo para mães de crianças de foram diagnosticadas com TDAH. A seleção das participantes foi realizada a partir de uma listagem de nomes de mães que responderam um formulário online afim de verificar se as crianças atendiam aos critérios de seleção (diagnóstico médico de TDAH, porém sem outra comorbidade). Com os formulários indicando interesse na participação do estudo, a pesquisadora entrou em contato com o objetivo de promover o convite de participação no programa e, após o aceite, foi encaminhado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e agendado o primeiro encontro, que tinha como objetivo realizar a avaliação pré-intervenção, explicar sobre o programa e como funcionaria o programa ao longo dos encontros.

Após o primeiro encontro no qual foi realizada a avaliação pré-intervenção, foi realizado o planejamento das intervenções, com os objetivos do programa e elaborada uma proposta de estrutura geral, com base no campo teórico-prático das Habilidades Sociais, suas propostas teóricas e empíricas para o subcampo das habilidades sociais gerais e habilidades sociais educativas, de forma individual para cada mãe, considerando as áreas em maior déficit de acordo com a avaliação.

Os encontros foram conduzidos com mães de crianças com TDAH por meio de plataforma online e de maneira individual. Com cada mãe foram realizadas dez sessões, sendo uma por semana com duração de uma hora cada encontro. Após dois meses do término do programa houve um encontro online com cada uma das mães para realizar a avaliação *follow-up*.

O programa foi desenhado de acordo com as necessidades específicas de cada mãe, por isso trata-se de um programa de treinamento instrucional personalizado. Quando falamos sobre TDAH, as mães dessas crianças apresentam muitas dúvidas, não apenas sobre o transtorno, mas também como sobre agir diante da demanda cotidiana. Pensando a respeito disso, considerando que o projeto foi desenvolvido em um momento de pandemia, no qual as crianças estiveram por mais tempo em casa, algumas com aulas online, tornou-se relevante programas que contribuem para o ensino de habilidades sociais e também habilidades sociais educativas considerando as individualidades de cada família.

Nessa direção, o programa foi dividido em três momentos: Pré-intervenção, Intervenção e Pós-intervenção. No primeiro momento as mães responderam ao IHS-2 e ao IHSE-Pais, a fim de conhecer o repertório de entrada delas e obter dados para comparação ao final do programa. Ainda nesse momento, ao final da sessão as crianças responderam ao SSRS-BR. Com esses dados coletados, houve a classificação do repertório de habilidades sociais e habilidades sociais educativas das mães, identificando as questões deficitárias no repertório e, a partir daí, o programa foi elaborado de acordo com as especificidades apresentadas por elas. Por isso, o programa é personalizado e os resultados serão apresentados individualmente.

De maneira geral, com todas as mães as sessões seguiam a estrutura 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. A primeira etapa tinha como objetivos principais promover um ambiente acolhedor e motivador para manter o interesse das participantes, com oportunidade de relatos de problemas e conquistas vivenciadas durante a semana, relembrar a habilidade treinada na última sessão, verificar a tarefa de casa e apresentar os objetivos da sessão.

Após a aplicação do programa houve novamente a aplicação dos instrumentos para conhecer o repertório de saída e, após dois meses foi conduzido o follow-up. A tabela 4, 5 e 6 demonstram a estrutura do programa para cada mãe (M1, M2 e M3).

Tabela 4

Estrutura do programa para M 1

Sessão	Conteúdo
1 ^a	Avaliação pré-intervenção
2 ^a Parte 1: TDAH	Descrição dos tipos de TDAH (DSM-V), etiologia e consequências para a criança
3 ^a	
4 ^a 5 ^a 6 ^a Parte 2: THS gerais	HS: Conversação assertiva
7 ^a 8 ^a 9 ^a Parte 3: THSE Parentais	HSE: Organizar condições educativas
10 ^a	Avaliação pós-intervenção
	Follow-up

O programa foi dividido em três partes: TDAH, THS gerais e THSE parentais. Para M1, o THS gerais foi direcionado para a Habilidade Social: Conversação assertiva na qual precisam ser destacadas as seguintes subclasses

mais importantes: defender direitos próprios e direitos de outrem; questionar, opinar, discordar, solicitar explicações sobre o porquê de certos comportamentos, manifestar opinião, concordar, discordar; fazer e recusar pedidos; expressar raiva, desagrado e pedir mudança de comportamento; desculpar-se e admitir falha; manejar crítico. O THSE Parentais foi direcionado à Organização de Condições Educativas.

Nesse caso, M1 relatava sentir dificuldade de expor suas opiniões de forma assertiva, sem que ofendesse ou gerasse situações piores, o que acabava interferindo na organização das condições educativas com seu filho. A seguir está um relato de M1:

Eu não consigo falar direito, as vezes, eu guardo e acabo explodindo depois. Quando isso acontece eu fico triste, porque me sinto culpada desejando que fosse diferente. Com meu filho eu não consigo pedir, eu já falo de um jeito que parece que estou mandando e sendo autoritária, parece que todos tem medo de mim (M1).

Tabela 5

Estrutura do programa para M 2

Sessão	Conteúdo
1 ^a	Avaliação pré-intervenção
2 ^a	Descrição dos tipos de TDAH (DSM-V), etiologia e consequências para a criança
3 ^a	
4 ^a	HS: Expressão de sentimento positivo
5 ^a	
6 ^a	

7 ^a		
8 ^a	Parte 3: THSE Parentais	HSE: Conversar/dialogar
9 ^a		
10 ^a		Avaliação pós-intervenção
		Follow-up

Para M2, o THS gerais foi direcionado para a Habilidade Social: Expressão de sentimento positivo, que se refere a expressar compreensão, incentivar a confiança (quando for o caso), demonstrar disposição em ajudar, compartilhar alegria e realização do outro, tomar perspectiva (colocar-se no lugar do outro), escutar evitando interromper, manter contato visual, aproximar-se do outro. O THSE Parentais foi direcionado à Conversar/dialogar.

M2 relatava dificuldades em conseguir se expressar e demonstrar sentimentos, se mostrando mais introvertida e também se incomodando com algumas situações nas quais não conseguir conversar/dialogar.

Eu sou mais calada, não é por mal, é que eu sou de poucas palavras e isso as vezes afasta as pessoas de mim. Com a minha filha as vezes eu grito, e não brinco muito com ela. As vezes ela quer conversar, mas sempre estou mais quieta, ocupada com a correria do dia a dia. Acho que ela sente falta de ter momentos comigo (M2)

Tabela 6

Estrutura do programa para M 3

Sessão	Conteúdo
1 ^a	Avaliação pré-intervenção
2 ^a	

3 ^a	Parte 1: TDAH	Descrição dos tipos de TDAH (DSM-V), etiologia e consequências para a criança
4 ^a		
5 ^a	Parte 2: THS gerais	HS: Autocontrole/enfrentamento
6 ^a		
7 ^a		
8 ^a	Parte 3: THSE Parentais	HSE: Estabelecer limites, corrigir e controlar
9 ^a		
10 ^a		Avaliação pós-intervenção
		Follow-up

Para M3, o THS gerais foi direcionado para a Habilidade Social: Autocontrole/enfrentamento que se trata de acalmar-se exercitando autocontrole diante de indicadores emocionais de um problema, reconhecer nomear e definir o problema, identificar comportamentos de si e dos outros associados à manutenção ou solução do problema (como avaliam, o que fazem, qual a motivação para mudança), elaborar alternativas de comportamentos, propor alternativas de solução, escolher implementar e avaliar cada alternativa ou combinar alternativas quando for o caso (Del Prette & Del Prette, 2018). O THSE Parentais foi direcionado à Estabelecer limites, corrigir e controlar.

M3 relatava ter dificuldade em manter a calma em situações que considerava como sendo estressantes, dificultando também na aquisição de estratégias para colocar limites e regras nas questões de educação com seu filho.

Eu me sinto muito nervosa em algumas situações e as vezes falo mais ríspida, não consigo colocar ordem com meu filho, as vezes ele acaba fazendo o que deseja. Aí quando vou corrigir acabo batendo ou gritando, mesmo sabendo que isso não é legal. Eu gostaria de melhorar e fazer diferente nessas situações (M3).

Estratégias utilizadas. A condução do programa envolveu o uso de diversas estratégias. Como a aplicação do programa foi totalmente *online* os recursos multimídicas ocuparam boa parte das sessões como, por exemplo, exibição de vídeos, pequenas animações; e também a exposição dialogada na qual a pesquisadora apresentava o conteúdo com a participação ativa das mães. Tais estratégias constituíram os procedimentos básicos para o ensino do conteúdo principal da sessão (tema). Exercícios instrucionais, resolução de problemas foram utilizados com frequência para a exemplificação do conteúdo e verificação da aprendizagem, sendo necessário o uso de feedback para ensinar ou fortalecer comportamentos. Para finalizar, para garantir a generalização das habilidades aprendidas na sessão e promover a automonitoria, foram solicitadas Tarefas de Casa (TC), que deviam ser registradas para discussão na próxima sessão.

Tratamento de dados

Para análise de dados foi utilizado o Método JT, desenvolvido por Jacobson e Truax (1991). Este método considera resultados individuais, comparando escores pré e pós-intervenção do sujeito, revelando se as diferenças entre tais escores representam mudanças confiáveis e se são clinicamente significativas (Del Prette & Del Prette, 2008b). De acordo com Aguiar, Aguiar e Del Prette (2009), a análise da mudança confiável permite verificar se as mudanças observadas podem ser atribuídas aos procedimentos de intervenção e a análise da significância clínica permite identificar se os participantes atingiram os padrões esperados de melhora ou recuperação, considerando dados normativos.

RESULTADOS

O programa de intervenção foi aplicado de maneira individualizada para cada mãe. Os resultados estão descritos abaixo para M1, M2 e M3, de maneira geral e individual. A análise individual dos resultados obtidos pelas mães participantes da intervenção nos escores globais e fatoriais do IHS 2-DelPrette, IHSE-Pais está apresentada nas próximas tabelas.

Tabela 9

Mudança Confiável nos escores dos mães (M) que participaram da intervenção, por comparação entre a avaliação pré-intervenção (A1) e pós-intervenção (A2)

M	IHS					IHSE - Pais						
	EG	F1	F2	F3	F4	F5	EG	F1	F2	F3	F4	F5
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	MPC	-	-	MPC	-	-	MPC	-	-	MPC	-	-
3	MPC	-	-	-	-	-	-	MPC	-	-	-	-

Nota: MPC: Mudança Positiva Confiável (melhora); -: Ausência de mudança confiável; IHS2-Del-Prette: Inventário de Habilidades Sociais; IHSE: Inventário de Habilidades Sociais Educativas; EG: Escore Global; IHS-F1: Conversação assertiva; IHS-F2: Afetivo-sexual; IHS-F3: Expressão de sentimento positivo; IHS-F4: Autoccontrole e enfrentamento; IHS-F5: Desenvoltura social; IHSE-F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar; IHSE-F2: Demonstrar afeto e atenção; IHSE-F3: Conversar/dialogar; IHSE-F4: Induzir disciplina; IHSE-F5: Organizar condições educativas.

De forma geral, na Tabela 9 é possível observar que, embora não houve nenhuma melhora clinicamente significativa, houveram mudanças positivas confiáveis entre escore global e fatoriais. A participante M2, por exemplo, apresentou mudança positiva confiável em seu escore global do IHS2-Del Prette e no F2 do mesmo instrumento. Ela também apresentou mudança positiva confiável em seu escore geral e no F3 do IHSE-Pais. A participante M3 apresentou mudança positiva confiável em seu escore global do IHS2-Del Prette e no F1 do IHSE-Pais. A M1 foi a única participante

que não apresentou alterações na análise JT. A seguir estão apresentados os dados individuais das participante.

Tabela 8

Escores obtidos para M1 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pré-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	68
F1: Conversação assertiva	0-32	12
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	14
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	18
F4: Autocontrole	0-12	10
F5: Desenvoltura social	0-16	14
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	182
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	84
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	40
F3: Conversar/dialogar	0-40	30
F4: Induzir disciplina	0-24	16
F5: Organizar condições educativas	0-24	12

A tabela 8 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela M1 na fase de pré-intervenção. A partir desses resultados, pode-se verificar que a área com maior necessidade de ensino em Habilidades Sociais foi o F1: Conversação assertiva, e, no que diz respeito a Habilidades Sociais Educativas, o F5: Organizar condições educativas foi considerado como fator de ensino.

Depois de analisar os resultados, a pesquisadora levou esses dados para a sessão e conversou com as mães para coletar maiores informações sobre esses déficits. A partir de então, o programa foi elaborado de maneira personalizada para essa mãe,

considerando a demanda apresentada pelos instrumentos, bem como pela própria participante.

Tabela 9

Escores obtidos para M1 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pós-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	76
F1: Conversação assertiva	0-32	20
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	12
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	16
F4: Autocontrole/enfrentamento	0-12	12
F5: Desenvoltura Social	0-16	16
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	208
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	92
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	44
F3: Conversar/dialogar	0-40	36
F4: Induzir disciplina	0-24	14
F5: Organizar condições educativas	0-24	22

A tabela 9 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela participante M1 na fase de pós-intervenção. Como pode ser observado, todos os fatores do IHS – Del-Prette, com exceção de F2, sofreram oscilações positivas ou mantiveram o mesmo escore do pré-teste. Em relação aos fatores do IHSE-Pais, com exceção de F4, todos tiveram leves alterações positivas.

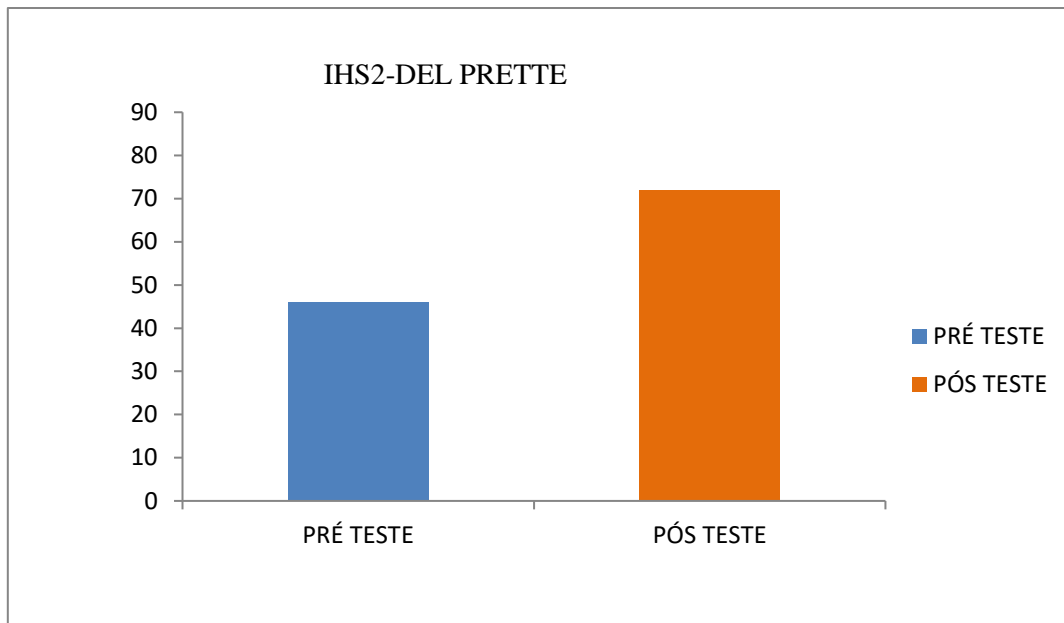


Figura 1. Escore global obtido no IHS 2-Del-Prette pela M1, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

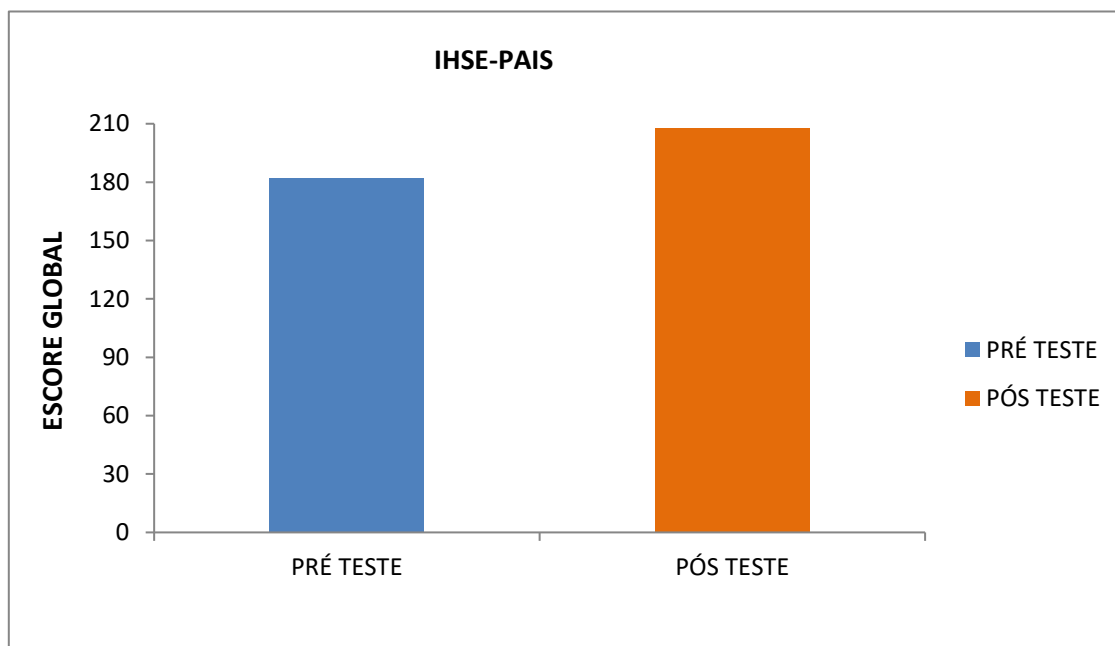


Figura 2. Escore global obtido no IHSE-Pais pela M1, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

Como é possível observar na Figura 1 e Figura 2, a participante M1 apresentou oscilações positivas em habilidades sociais e habilidades sociais educativas após a intervenção. O escore geral das Habilidades Sociais passou de 68 para 76. Em relação aos fatores, com exceção de F2, todos apresentaram oscilações positivas. No que diz respeito às Habilidades Sociais Educativas, o escore passou de 182 para 208. Todos os fatores, com exceção de F4 que diminuiu, tiveram oscilação positiva.

A tabela 10 apresenta os dados obtidos pela participante M2 nos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pré-intervenção.

A tabela 10

Escore obtidos para M2 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pré-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	48
F1: Conversação assertiva	0-32	14
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	10
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	6
F4: Autocontrole	0-12	8
F5: Desenvoltura social	0-16	10
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	144
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	80
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	24
F3: Conversar/dialogar	0-40	10
F4: Induzir disciplina	0-24	16
F5: Organizar condições educativas	0-24	14

A tabela 10 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela M2 na fase de pré-intervenção. A partir desses resultados, pode-se verificar que a área com maior necessidade de ensino em Habilidades Sociais foi o F3: Expressão de sentimento positivo, e, no que diz respeito

a Habilidades Sociais Educativas, o F3: Conversar/dialogar foi considerado como fator de ensino.

Tabela 11

Escores obtidos para M2 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pós-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	70
F1: Conversação assertiva	0-32	16
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	14
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	16
F4: Autocontrole	0-12	10
F5: Desenvoltura social	0-16	14
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	180
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	88
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	28
F3: Conversar/dialogar	0-40	26
F4: Induzir disciplina	0-24	18
F5: Organizar condições educativas	0-24	20

A tabela 11 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela participante M2 na fase de pós-intervenção. Como pode ser observado, todos os fatores do IHS2 – Del-Prette sofreram oscilações positivas comparado com os resultados do pré-teste. Em relação aos fatores do IHSE-Pais, todos tiveram alterações positivas.

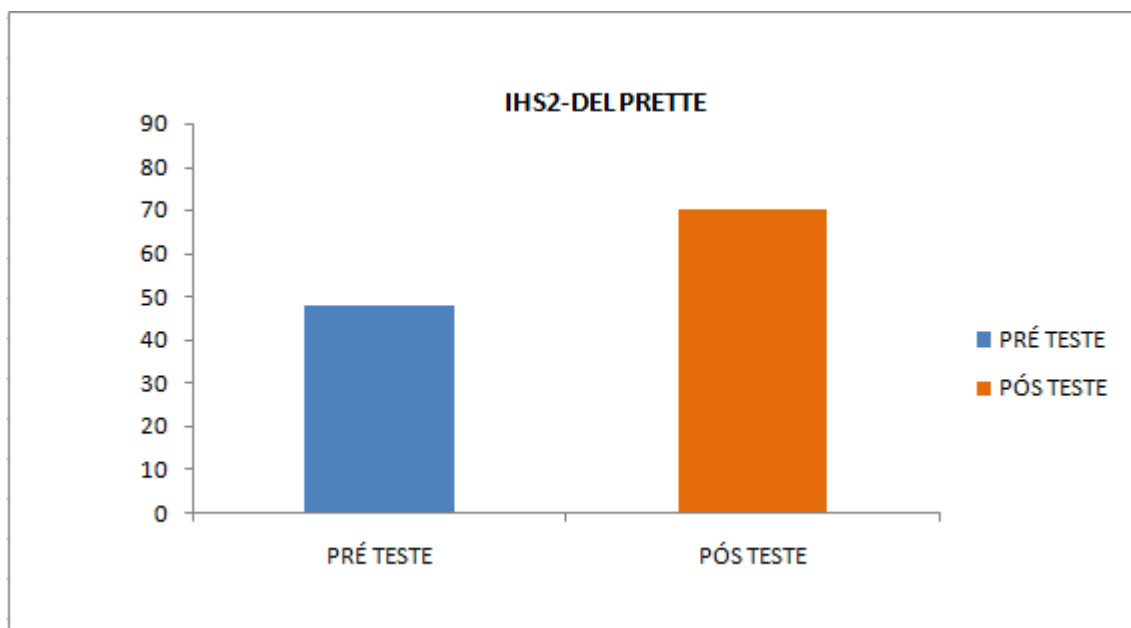


Figura 3. Escore global obtido no IHS 2-Del-Prette pela M2, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

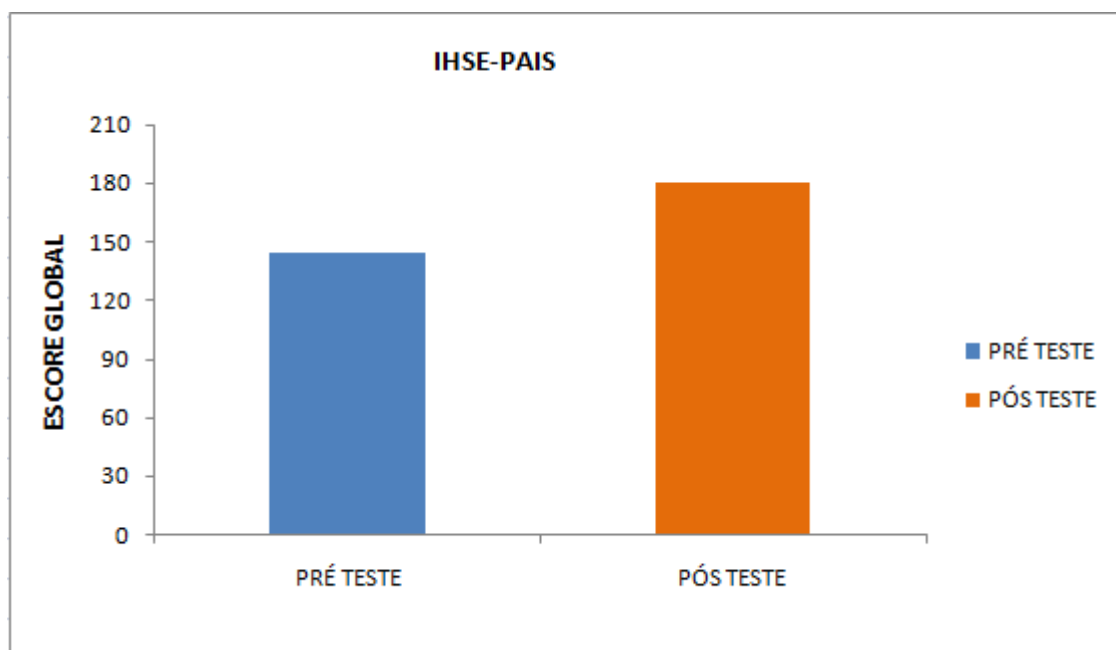


Figura 4. Escore global obtido no IHSE-Pais pela M2, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

Como é possível observar na Figura 3 e Figura 4, a participante M2 apresentou oscilações positivas em habilidades sociais e habilidades sociais educativas após a intervenção. O escore geral das Habilidades Sociais passou de 48 para 70. Em relação aos fatores, todos apresentaram oscilações positivas. No que diz respeito às

Habilidades Sociais Educativas, o escore passou de 144 para 180. Todos os fatores tiveram oscilação positiva

A tabela 12 apresenta os dados obtidos pela participante M3 nos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pré-intervenção.

A tabela 12

Escores obtidos para M3 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pré-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	46
F1: Conversação assertiva	0-32	16
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	8
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	10
F4: Autocontrole	0-12	4
F5: Desenvoltura social	0-16	8
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	152
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	68
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	28
F3: Conversar/dialogar	0-40	24
F4: Induzir disciplina	0-24	14
F5: Organizar condições educativas	0-24	18

A tabela 12 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela M3 na fase de pré-intervenção. A partir desses resultados, pode-se verificar que a área com maior necessidade de ensino em Habilidades Sociais foi o F4: Autocontrole/enfrentamento, e, no que diz respeito a Habilidades Sociais Educativas, o F1: estabelecer limites, corrigir e controlar foi considerado como fator de ensino.

Tabela 13

Escores obtidos para M3 no IHS-2 e IHSE-Pais na fase de pós-intervenção

Escalas e subescalas	Escore Possível	Escore obtido
IHS 2 – Del-Prette		
Escore global	0-100	72
F1: Conversação assertiva	0-32	24
F2: Abordagem afetivo sexual	0-20	12
F3: Expressão de sentimento positivo	0-20	14
F4: Autocontrole	0-12	10
F5: Desenvoltura social	0-16	12
IHSE-Pais		
Escore global	0-240	178
F1: Estabelecer limites, corrigir, controlar	0-104	84
F2: Demonstrar afeto e atenção	0-48	32
F3: Conversar/dialogar	0-40	24
F4: Induzir disciplina	0-24	18
F5: Organizar condições educativas	0-24	20

A tabela 13 demonstra o escore geral e os escores fatoriais obtidos por meio dos instrumentos IHS-2 e IHSE-Pais, pela participante M3 na fase de pós-intervenção. Como pode ser observado, todos os fatores do IHS2 – Del-Prette sofreram oscilações positivas comparado com os resultados do pré-teste. Em relação aos fatores do IHSE-Pais, todos tiveram alterações positivas.

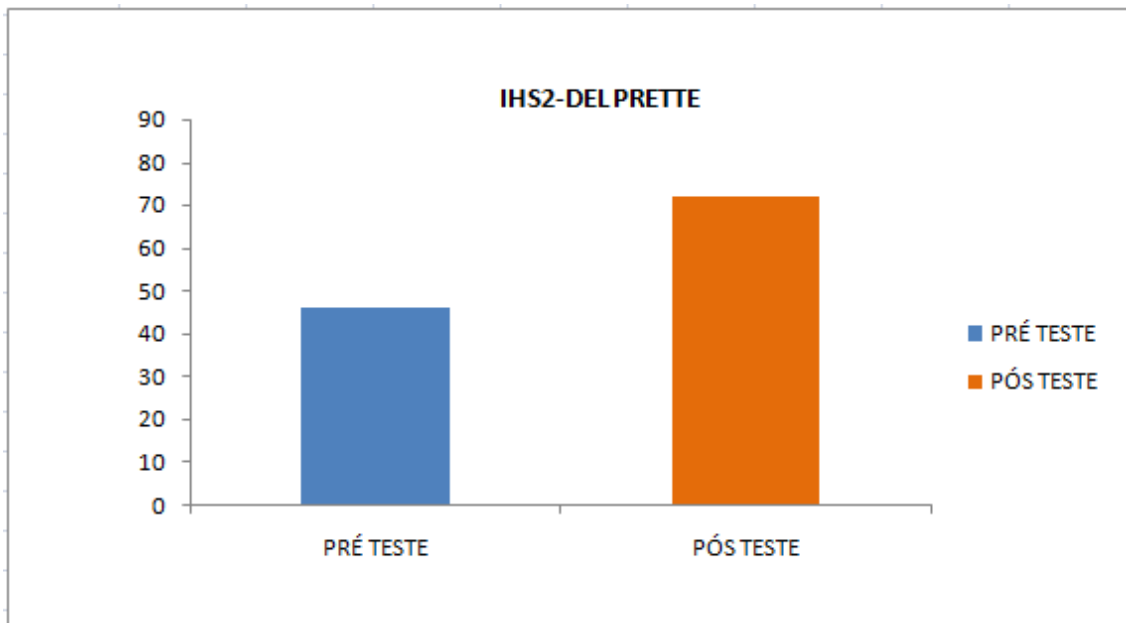


Figura 5. Escore global obtido no IHS 2-Del-Prette pela M3, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

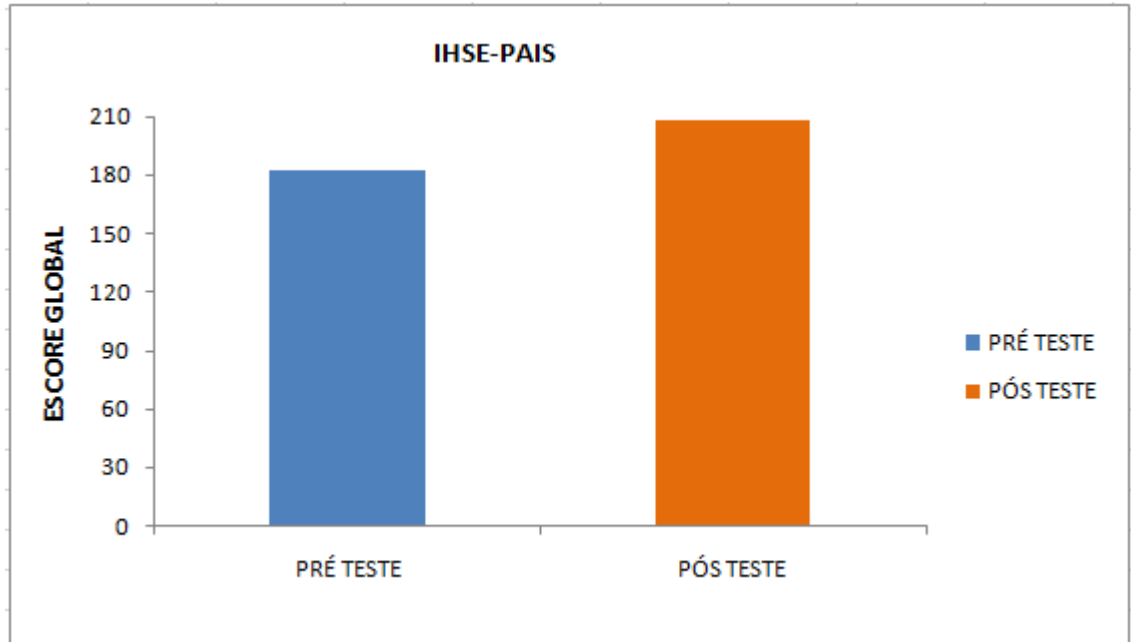


Figura 6. Escore global obtido no IHSE-Pais pela M3, na avaliação pré-intervenção e pós-intervenção.

Como é possível observar na Figura 5 e Figura 6, a participante M3 apresentou oscilações positivas em habilidades sociais e habilidades sociais educativas após a intervenção. O escore geral das Habilidades Sociais passou de 46 para 72. Em relação aos fatores, todos apresentaram oscilações positivas. No que diz respeito às Habilidades Sociais Educativas, o escore passou de 152 para 178. Todos os fatores tiveram oscilação positiva.

A figura 7 e 8 apresentam os escores obtidos na avaliação follow-up comparado com os resultados obtidos na fase de pós teste.

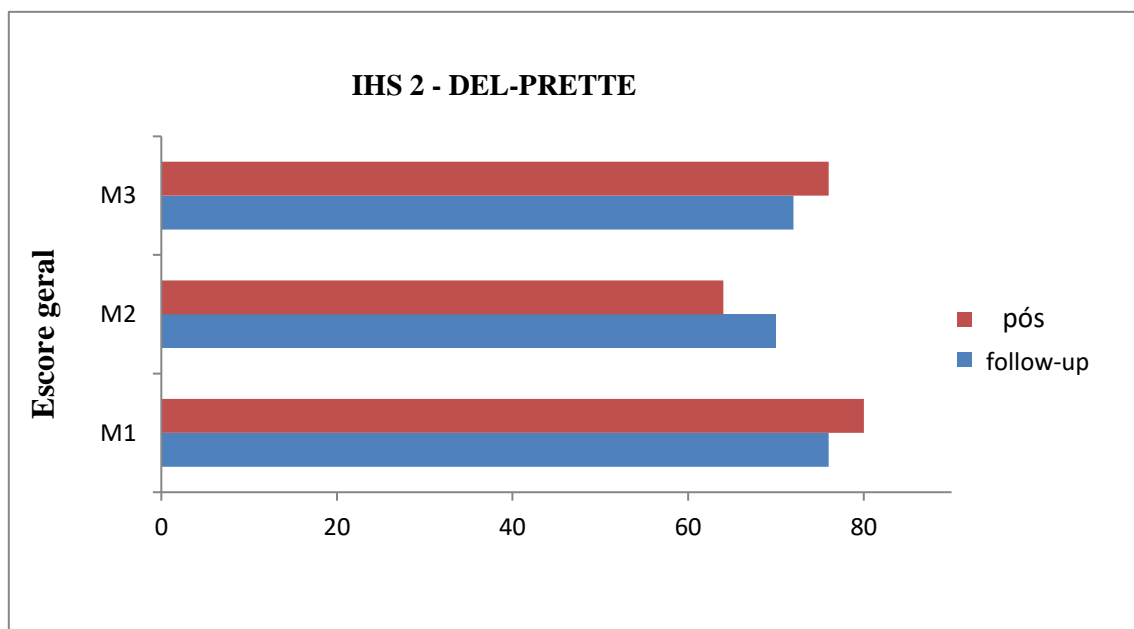


Figura 7. Escores obtidos pelas participantes na fase de pós teste e follow-up com o instrumento IHS2 – Del Prette.

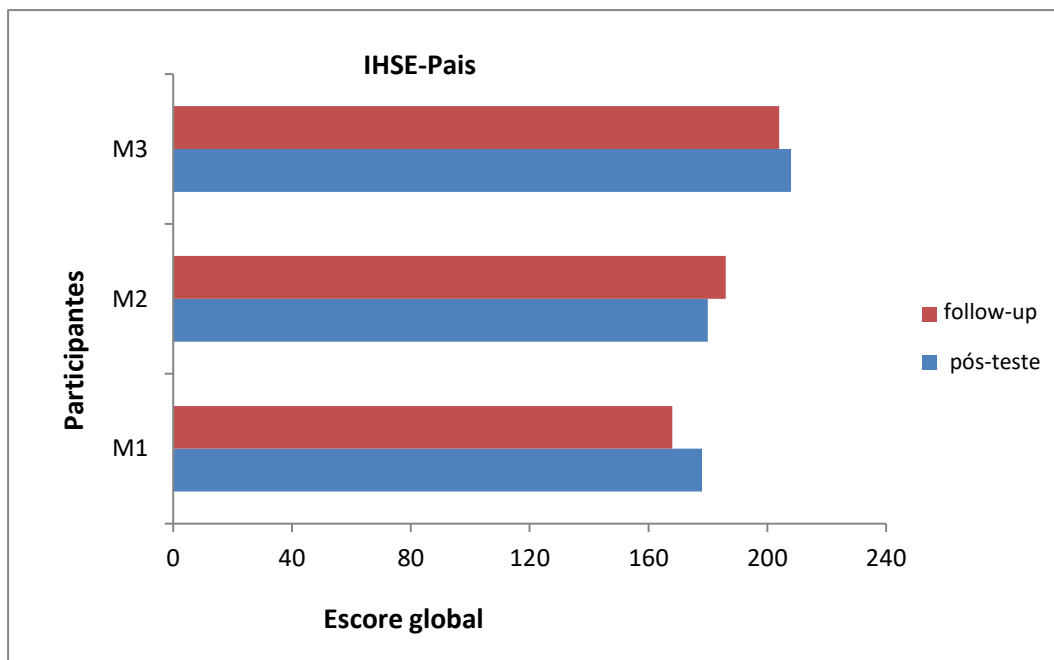


Figura 8. Escores obtidos pelas participantes na fase de pós teste e follow-up com o instrumento IHSE-Pais.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi aplicar e verificar os efeitos de um treino instrucional individualizado de habilidades sociais e habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH na modalidade online. Os resultados mostram que houve melhoras no repertório social (de habilidades sociais e habilidades sociais educativas) suficientemente robustas para serem atribuídas à intervenção, consideradas mudanças positivas confiáveis (MPC), conforme mostrado na Tabela 7. Ocorreram MPC para M2 no escore geral e no fator 3 de Habilidades Sociais, bem como no escore geral e fator 3 das Habilidades Sociais Educativas. Também houve MPC para M3 no escore geral de Habilidades Sociais e no fator 1 de Habilidades Sociais Educativas. Embora não tenham sido identificadas MPC para M1, torna-se importante analisar o relato verbal da mãe e da criança após o programa, demonstrando a disposição em assimilar os conteúdos do programa:

Acredito que melhorei a paciência. Eu não sou tão paciente, mas depois que comecei a frequentar o curso estou tentando mudar. Aprendi a entender melhor meu filho, a dizer não sem gritar, a começar a pedir perdão e a perdoar. Algumas pessoas disseram que comecei a ter mais paciência e a escutar. E acho que o meu filho agora procura escutar o que estou falando. (M1).

Minha mãe está melhor em tudo, está mais boazinha, está me levando mais para passear, deixa eu brincar mais na rua, ir na casa dos meus colegas, andar de bicicleta. Ela melhorou bastante (pensativo). Está bem mais carinhosa, me abraça toda vez e eu adoro. Antes ela ponhava [sic] comida para os bichos, agora manda eu fazer, também antes ponhava [sic] a pasta de dentes e eu disse que não precisava mais, agora sou eu... agora ela sempre faz meu leite, antes não era todo dia. (Filho de M1).

A partir do relato da M1 é possível observar que, embora não tenha ocorrido uma mudança estatística significativa, a participante destaca os pontos positivos que promoveram mudanças a partir da sua participação nos programas propostos. A

ausência de mudanças confiáveis poderia estar associada à afirmação de Baraldi e Silvaes (2003), de que quanto mais estressores externos na vida das mães, pior o desempenho delas prejudicando a mudança comportamental. Sem quaisquer análises desses estressores, e considerando que eventos externos podem comprometer a validade interna de uma pesquisa (Bandeira, 2011), cabe a menção dos frequentes relatos por parte das mães durante as sessões sobre a quantidade e intensidade de estressores, relacionados principalmente a dificuldades econômicas, laborais e de relacionamento interpessoal.

Desde que começou o programa eu repenso mais o que eu faço e dediquei um tempo a mim e a minha melhora. A minha filha me falou que estou mais disponível, reclama menos de ausência... E eu acho que a minha filha está mais carinhosa (M2).

Minha mãe melhorou, de não mais gritar comigo e dar mais atenção para mim... ela estuda comigo também, brinca de boneca, assiste filme, me ensina cozinhar... (Filha M2).

Esses relatos, tanto o anterior de M1 e seu filho quanto o de M2 e sua filha, deixam evidente o uso mais constante e consistente dos reforçadores sociais pelas mães com seus filhos. Além disso, esses relatos parecem estar em consonância com alguns dos critérios de funcionalidade propostos por Del Prette e Del Prette (2001), como a melhora da autoestima e da qualidade das relações, o equilíbrio de poder entre os participantes e o respeito dos direitos humanos básicos. Cabe ressaltar ainda, que esses relatos evidenciam, conforme propõem Del Prette e Del Prette (2018), que as Habilidades Sociais podem ser aprendidas por intermédio dos processos de interação e são influenciadas, entre outras coisas, pelas contingências ambientais imediatas; nesse caso, os comportamentos das mães influenciam os comportamentos dos filhos e vice-versa, criando o equilíbrio nessas relações. Portanto, pode-se inferir que as mães passaram a se reconhecer como parte integrante para uma intervenção bem

sucedida para sua criança

Retomando o que propõem Bolsoni-Silva, Del Prette e Oishi (2003), esses relatos sugerem que com a intervenção comportamental, no contexto familiar, os pais podem atuar como facilitadores eficientes quando corretamente instrumentalizados em estratégias que visam a modificação de comportamentos de seus filhos, levando, inclusive, à diminuição dos conflitos familiares, da sobrecarga emocional e do estresse bastante comum em famílias com crianças com TDAH.

De forma geral, foi observado uma tendência das mães em buscar ajuda para solucionar os comportamentos inadequados dos filhos, sem total compreensão do efeito das ações delas mesmas. Assim como aconteceu no estudo de Weber et al. (2006), as figuras parentais puderam, durante a intervenção, perceber o quanto eles precisam se conhecer e monitorar o próprio comportamento, compreendendo a influência dele sobre o desenvolvimento dos filhos.

Os resultados obtidos no presente trabalho buscaram responder aos objetivos propostos inicialmente e trouxeram contribuições metodológicas e práticas para o tema em estudo. Conforme apontam Kostelnik et al. (2016), durante a infância os padrões negativos de comportamento ainda não estão arraigados a ponto de não poderem ser modificados, sendo, então, “o momento ideal para potencializar muitas atitudes e comportamentos essenciais relacionados à competência social” (p. 8), de forma direta ou indireta, por meio de agentes educativos. A elaboração e implementação de dois programas (Habilidades Sociais e Habilidades Sociais Educativas) bem como dos materiais de apoio correspondentes, é entendida como uma contribuição para a superação de desafios e lacunas na literatura dessa área.

Os resultados obtidos evidenciaram efeitos diretos em termos da consecução dos objetivos do PHS junto aos pais como agentes educativos, com aquisição e

aperfeiçoamento do repertório de habilidades sociais gerais e educativas. As mães saíram da intervenção com um repertório modificado em sentido de alguma melhora, ou minimamente discriminado, em termos de autoconhecimento (Skinner, 1993 [1953]). Houve evidência de efetividade do programa, com diferenças significativas entre a avaliação inicial e final, conforme pode ser observado nas Tabelas 8, 9 e 10.

Não obstante essas contribuições, são reconhecidas as limitações do presente estudo, junto a isso, a dificuldade de coletar dados de follow-up junto às mães. Outra limitação, também apontada por Dias (2010), refere-se à coleta de dados ter sido feita pelo responsável pela intervenção. Além disso, apesar de investigar diversas habilidades sociais, a avaliação incluiu somente a frequência delas e não a proficiência, deixando de investigar funcionalmente os repertórios sociais e dificultando assim um diagnóstico comportamental mais completo. No caso do IHSE, ademais o fato de serem apresentadas somente práticas positivas, sem lidar com práticas negativas, poderia ter influenciado os resultados encontrados. A captação de narrativas por parte dos participantes, em situação informal (durante as sessões), possibilitou o acesso a dados qualitativos e evidências de funcionalidade, cuja análise é destacada por Abreu-Lima et al. (2010) como relevantes, além dos resultados quantitativos.

Estudos que incluam análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), organizando e categorizando as respostas verbais (orais ou escritas) dos participantes com suporte de juízes, representariam um avanço metodológico nesse sentido. Ainda que com resultados promissores, os dados do estudo devem ser vistos com cautela, pois este programa foi conduzido com um número reduzido de participantes, residentes na mesma cidade e com filhos frequentando escolas municipais, limitando o poder generalizador dos dados. Apesar dessa limitação, nota-se que o reduzido número de participantes torna-se requisito para a efetividade de PHS, conforme mostra a literatura

da área (Casali & Del Prette).

Embora muitos aspectos desse trabalho ainda possam ser aprimorados, os dados obtidos podem servir de subsídio para o planejamento de intervenções que objetivem a promoção do desempenho socialmente competente dos pais, bem como a diminuição de problemas comportamentais, entendendo as implicações que isso significa para a vida do indivíduo. Confirma-se, assim, os efeitos de programas de THS com os pais como agentes educativos sobre o próprio repertório e sobre o desenvolvimento infantil.

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que o ensino personalizado de habilidades sociais e habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH utilizando treinamento na modalidade online é bastante promissor. O procedimento mostrou-se menos oneroso, já que as mães não precisaram se deslocar até um local de encontro fora de sua casa, eliminando dificuldades logísticas de planejamento e reduzindo significativamente os possíveis custos envolvidos, como deslocamento e produção de materiais impressos.

Ressalta-se ainda que na impossibilidade de participar de intervenções psicológicas presenciais, como foi o caso de muitas famílias durante a pandemia da COVID-19, ou nos períodos em que as escolas estão fechadas (períodos de férias escolares ou mesmo em momentos de isolamento social), os resultados deste estudo indicam um possível caminho alternativo. O ensino remoto de pais e mães e o acompanhamento à distância de suas ações e comportamentos em casa, nos momentos em que precisam desempenhar ações educativas que não necessariamente fazem parte do seu dia-a-dia ou da sua formação, parece bastante promissor e eficaz.

Um dos resultados esperados neste estudo era instalar nas mães o que Gomide (2006) classifica como práticas educativas parentais em positivas e, ao mesmo tempo, reduzir as negativas, pois as práticas educativas parentais positivas favorecem a

aprendizagem de habilidades sociais, enquanto as negativas podem provocar o aumento de problemas de comportamento. Os dados obtidos e os relatos aqui apresentados parecem indicar que essa mudança ocorreu e se manteve ao longo do tempo, como pode-se constatar no follow-up.

Por fim, este estudo pretende colaborar com a literatura existente que evidencia que pais e mães com um repertório competente de habilidades sociais promovem, em seus filhos, comportamentos socialmente adequados (Bolsoni-Silva, Del Prette, & Oishi, 2003; Gray, Spurway, & McClatchey, 2001; Del Prette & Del Prette, 2009), redução de problemas comportamentais (Bolsoni-Silva, Silveira, & Ribeiro, 2008; Pinheiro et al., 2006) e melhora do desempenho acadêmico (Cia, Barham, & Fontaine, 2010; Cia, Pamplin, & Williams, 2008).

Referências

- 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.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed .) . Arlington, VA: . American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (1999). *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. 327.
- Bender, W.N. (1997). *Understanding ADHD: a practical guide for teachers and parents*. New Jersey: Prentice-Hall, 276.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1215-1220.
- 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.
- Cia, F., Pamplin, R. C. O. & Williams, L. C. A. (2008). O impacto do envolvimento parental no desempenho acadêmico de crianças escolares. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, 351-360.
- Cia, F., Barham, E. J. e Fontaine, A. M. G. V. (2010). Impactos de uma intervenção com pais: o desempenho acadêmico e comportamento das crianças na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 3
- Condemaráin, M., Gorostegui, M. E. & Milicic, N. (2006). *Transtorno de déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa*. São Paulo: Planetado Brasil.
- 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.
- 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.

Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: are view of the essential facts. *Child: Care, Health & Development*, 32(2),193–204.

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 de Salvador, Bahia, Brasil. Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 2(63), 474-478.

Faraone,S.V.; Biederman, J.; Weber, W. & Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of dsm-ivsubtypesofattention-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 parentalADHD bias maternal reports of adhd symptoms in children? *Journal of Consulting andClinicalPsychology*,71(1),168–175.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., Sklar, P. (2006). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1313-1323.

Fontana, R. D. S., Vasconcelos, M. M. D., Werner Jr, J., Góes, F. V. D., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 65, 134-137.

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*, 185-262. Boston: Allyn & Bacon.

Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7,82–90.

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.

Phelan, T. W. (2005). *Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamentos– crianças e adultos*. SãoPaulo:M.Books.

Poeta, L. S., & Rosa Neto, F. (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. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 150-155.

Possa, M. D. A., Spanemberg, L., & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63, 479-483.

Rohde, L. A. & Benzik, E. B. P. (1999). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas.

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.

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.

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.

Thapar, A., O' Donovan, M. & Owen, M. J. (2005) The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human Molecular Genetics*, 14(2), 275-282.

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.