

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

NIELKY KALLIELLANYA BEZERRA DA NÓBREGA

**PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM
GRUPO PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO
HIPERATIVIDADE – TDAH**

Recife- PE
2019

NIELKY KALLIELLANYA BEZERRA DA NÓBREGA

**PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM
GRUPO PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO
HIPERATIVIDADE – TDAH**

Dissertação apresentada a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador: Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.

Coorientadora: Dr^a Carmem Beatriz Neufeld

Linha de Pesquisa: Avaliação Psicológica e Promoção de Ações em Saúde

Recife-PE
2019

Curso: Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde
Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

"Protocolo de intervenção cognitivo comportamental em grupo para crianças com transtorno de déficit de atenção hiperatividade - TDAH."

Orientador: **Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS**

Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS

Prof.ª Dr.ª. Juliana Monteiro Costa - FPS

Prof.ª Dr.ª. Priscilla Machado Moraes - UniEVANGÉLICA

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, a candidata **Nielky Kallielanya Bezerra Nóbrega** foi considerada APROVADA.

Recife, 29 de março de 2019



Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS



Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa - FPS



Profa. Dra. Priscilla Machado Moraes - UniEVANGÉLICA

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

N754p Nóbrega, Nielky Kalliellanya Bezerra da

Protocolo de intervenção cognitivo comportamental em grupo para crianças com transtorno de déficit de atenção hiperatividade - TDAH. / Orientadora: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. – Recife: Do Autor, 2019.

97 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2019.

1. Terapia Cognitivo-Comportamental. 2. Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade. 3. Criança I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes. Orientador. II. Título.

CDU 615.85

DEDICATÓRIA

A minha mãe (in memoriam), FÁTIMA, exemplo de trabalho e dedicação. Minha enorme gratidão pelos ensinamentos e empenho em todos os momentos para tornar meus sonhos possíveis.

Dedico a você, com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por tudo.

Ao meu esposo THÚLIO MADEIRO, pela compreensão nos momentos de ausência dedicados ao Mestrado, pela confiança, credibilidade e especialmente por “você” estar comigo nesta caminhada.

Ao meu pai NIVALDO DIAS, incentivador e companheiro de todas as horas, que me incentivou a perseguir e persistir em meus ideais.

Ao apoio amoroso da minha FAMÍLIA, em especial GIRLLANDYA LIMA, pela confiança e amor “incondicional”.

Aos dois grandes exemplos de profissionais que me ajudaram a construir esta dissertação. O Prof.Dr. LEOPOLDO BARBOSA, que me conduziu nos rumos desse processo de aprendizagem e amadurecimento científico, com muita paciência e sabedoria. Serei eternamente grata pelos ensinamentos, conselhos, e acima de tudo, sua dedicação durante esses 02 anos, por me fazer uma profissional melhor. Sinto-me honrada em tê-lo como meu orientador. A minha co-orientadora Prof^a Dra CARMEM BEATRIZ NEUFELD, por todo incentivo e carinho. Inclusive o apoio para realização de pesquisas na área da TCC, que contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

Tenho que destacar a minha imensa gratidão a todos os tutores e discentes do Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da FPS, que me renderam exemplos de profissionais e amigos queridos.

Á todos os colaboradores do Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da FPS, em especial ROBERTA MACÊDO.

Aos que fazem parte do Capsi Dr Luis da Rocha Cerqueira, em especial ELSA DA ROCHA COSTA e LANNAISY TORRES GUEDES pela disponibilidade incondicional.

Aos meus AMIGOS, que compreenderam minha ausência.

Aqueles quem admiro e me inspiram à pesquisa e a área acadêmica. Entre eles a Prof^a Dra EDYLEINE BENCZIK pelo apoio e incentivo.

A colaboração durante a coleta de dados das queridas estudantes do Centro Universitário Tiradentes – Unit AL: AKYLLA SILVA, DÁBILA LACERDA e RAFAELA GUIMARÃES. Durante a tabulação dos dados o auxílio ímpar do querido ex-aluno e estagiário MADSON MAXIMIANO-BARRETO.

Agradeço a todos os pais/responsáveis, crianças e adolescentes que participaram voluntariamente dessa pesquisa, compartilharam um pouco de sua história e me ensinaram com tanta propriedade o que é ter e conviver com TDAH.

RESUMO

NÓBREGA, N. K. B. **Protocolo de Intervenção Cognitivo Comportamental em grupo para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH.** 2019. 112f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2019.

Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por uma tríade sintomatológica de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade frequente na população infantil. Trata-se de um problema de saúde mental bastante comum em crianças, adolescentes e adultos na população mundial.

Objetivo: Desenvolver e avaliar os efeitos de um modelo de intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - TDAH e seus pais/responsáveis. **Método:** Estudo de intervenção com delineamento de avaliação tipo antes e depois, realizado no Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), em Maceió – Alagoas, no período de junho a dezembro de 2018. O processo de coleta de dados foi realizado pela mestrande e suas colaboradoras. As informações coletadas foram digitadas em uma planilha de dados no programa Excel versão 2016 e analisados no SPSS 23.0. O presente estudo atendeu a todos os requisitos determinados pelas resoluções 466/12 e 510/2016 da CONEP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS em abril 2018 de acordo com o parecer 2.624.083 e CAAE 86753018.00000.5569. **Resultados:** Os resultados desta dissertação são apresentados seguindo a ordem dos produtos elaborados e correspondem: 01 Um capítulo de livro com o título “Psicologia da Saúde e as Terapias Cognitivo Comportamentais: estratégias de promoção de saúde mental no hospital geral”. 02 Artigo 1 ”Caracterização e perfil sociodemográfico: Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade no CAPSi em Maceió” 03 Artigo 2 “Intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo de crianças com TDAH” (em construção). **Conclusão:** A discussão desses resultados é relevante, pois incentiva pesquisas na área, apresentam possibilidades de intervenção em grupo a luz da Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com TDAH e seus pais/responsáveis e favorece promoção da saúde mental na infância.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade; Terapia Cognitivo-Comportamental; Criança.

ABSTRACT

NÓBREGA, N. K. B. **Group Behavioral Cognitive Intervention Protocol for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD.** 2019. 112f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2019.

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a symptomatological triad of lack of attention, hyperactivity and frequent impulsivity in the infantile population. It is a very common mental health problem in children, adolescents and adults in the world population. **Objective:** To develop and evaluate the effects of an intervention model in Cognitive-Behavioral Group Therapy (TCCG) for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and their parents / guardians. **Method:** Intervention study with a pre - and post - evaluation design, carried out at the Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi), in Maceió - Alagoas, from June to December 2018. The master student and their collaborators carried out the data collection process. The information collected was typed into a data sheet in the Excel 2016 program and analyzed in SPSS 23.0. This study complied with all the requirements established by CONEP's resolutions 466/12 and 510/2016. The Research Ethics Committee of the Pernambucan Health College - FPS in April 2018 according to the opinion 2,624,083 and CAAE 86753018.00000.5569, approved the study. **Results:** The results of this dissertation are presented following the order of the products elaborated and correspond: 01 A book chapter with the title "Psychology of Health and Cognitive Behavioral Therapies: strategies of promotion of mental health in the general hospital". 02 Article 1 "Characterization and sociodemographic profile: Attention Deficit Hyperactivity Disorder at the CAPSi in Maceió" 03 Article 2 "Cognitive-Behavioral Intervention in a Group of Children with ADHD" (under construction). **Conclusion:** The discussion of these results is relevant because it encourages research in the area, presents possibilities for group intervention in the light of Cognitive-Behavioral Therapy for children with ADHD and their parents / guardians and favors the promotion of mental health in childhood.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Cognitive behavioral therapy; Kid.

LISTA DE QUADRO

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Apresentação do protocolo de intervenção..... | 42 |
| Quadro 2. Descrição dos encontros da intervenção quanto aos seus objetivos e atividades..... | 94 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil sociodemográfico e tempo de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas em um CAPSi em Maceió-AL.....73

Tabela 2 Caracterização do diagnóstico principal e comorbidades psiquiátricas de crianças e adolescentes com TDAH atendidas em um CAPSi em Maceió-AL.....74

Tabela 3 Medicamentos utilizados no tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas em um CAPSi em Maceió-AL.....75

LISTA DE SIGLAS

CAPSi – Centro de Assistência Psicossocial Infanto-Juvenil

DSM-5* – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition

SNAP-IV - Questionário revisado de escala de Swanson, Nolan e Pelham

SPSS– Statistica Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TCCG – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do TDAH | 22 |
| 1.3 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) | 24 |
| 2.OBJETIVOS | 35 |
| 2.1.Objetivo Geral | 36 |
| 2.2.Objetivos Específicos | 36 |
| 3. MATERIAL E MÉTODO | 37 |
| 3.1.Tipo de Estudo | 38 |
| 3.2.Local de Estudo | 38 |
| 3.3.Período do Estudo | 38 |
| 3.4.População | 38 |
| 3.5.Amostra | 38 |
| 3.6.Critérios e procedimentos para captação do(as) participantes | 39 |
| 3.6.1.Inclusão: | 39 |
| 3.6.2.Exclusão: | 39 |
| 3.7. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes | 39 |
| 3.8. Critérios para descontinuação do estudo | 39 |
| 3.9. Coleta de dados | 39 |
| 3.9.1. Instrumentos para coleta de dados | 40 |
| 3.9.2.Procedimentos para coleta de dados | 40 |
| 3.9.3. Controle de qualidade das informações | 43 |
| 3.10. Processamento e Análise dos dados | 43 |
| 3.10.1.Processamento de dados | 43 |
| 3.10.2.Análise dos dados | 43 |
| 3.11. Aspectos éticos | 43 |
| 3.11.1. Conflito de interesses | 44 |
| 3.11.2. Análise de riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa | 44 |
| 4.RESULTADOS | 45 |
| 5. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES | 47 |
| 6. CONCLUSÕES | 49 |
| 7.REFERÊNCIAS | 51 |
| APÊNDICES | 56 |

| | |
|---|------------|
| 8. CAPÍTULO 2 | 57 |
| 8.1. Apêndice 1 - Capítulo de livro: Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentais: filosofia, intervenção e história | 58 |
| 9. CAPÍTULO 3 | 59 |
| 9.1. APÊNDICE 2 - CARACTERIZAÇÃO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO HIPERATIVIDADE NO CAPSI EM MACEIÓ | 60 |
| 9.2. Introdução | 61 |
| 9.3. Métodos | 63 |
| 9.4. Resultados | 64 |
| 9.5. Discussão | 68 |
| 9.6. Conclusão | 71 |
| 9.7. Referências | 72 |
| 10. CAPITULO 4 | 74 |
| 10.1. APÊNDICE 3 - EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO DE CRIANÇAS COM TDAH. | 75 |
| 10.2. Introdução | 76 |
| 10.3. Métodos | 80 |
| 10.4. Resultados | 87 |
| 10.5. Discussão | 92 |
| 10.6. Conclusões | 94 |
| 10.7. Referências | 95 |
| Apêndice 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 99 |
| Apêndice 5 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 102 |
| ANEXOS | 105 |
| Anexo 1– QUESTIONÁRIO SNAP-IV | 106 |
| Anexo 2 – ROTEIRO DOS ENCONTROS DA INTERVENÇÃO | 108 |
| Anexo 3– DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA | 110 |

1.INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de ansiedade. A característica essencial do transtorno é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento¹. O TDAH é composto por uma tríade clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹, a *desatenção* manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização; a *hiperatividade* refere-se atividade motora excessiva e a *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa.

A prevalência do TDAH ocorre em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental. Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade sendo que a desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, os sinais de hiperatividade são menos comuns, observa-se com maior frequência o comportamento irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na fase adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática¹.

A etiologia do TDAH é ainda complexa. Não existe uma causa única perfeitamente estabelecida, porém, existem várias evidências que foram acumuladas com as descobertas científicas das últimas décadas². A hereditariedade é um fator comprovado pelas pesquisas genéticas, e outras evidências estariam relacionadas a fatores pré e perinatais adversos que geram uma disfunção de neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) responsáveis por modular o córtex pré-frontal. Como possíveis causas encontram-se: a prematuridade, o sofrimento fetal ao nascer, o uso de drogas e álcool pela mãe durante a gestação, o trauma perinatal e a exposição do neonato ao chumbo³.

Os fatores neurológicos e genéticos são os principais fatores predisponentes para o TDAH, no entanto fatores precipitantes (ambiente e temperamento) devem ser avaliados juntamente com os fatores perpetuadores e protetores (escola)⁴. Uma das teorias em maior evidência é a de que os sintomas do TDAH estão relacionados às funções executivas, secundárias a um déficit do controle inibitório⁵. As funções executivas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, centrais para o auto-controle, que estão relacionadas à capacidade de uma pessoa de se engajar em comportamentos orientados à

realização de ações voluntárias, autônomas, auto-organizadas e direcionadas a objetivos específicos².

Parece haver consenso de que sua etiologia é multifatorial. Envolve fatores neurobiológicos e ambientais que atuam de maneira extremamente complexa e trata-se de um problema de saúde mental bastante frequente em crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo. As características clínicas são marcadas por diferentes graus de gravidade dos sintomas e, muitas vezes, há presença de comorbidades como ansiedade, depressão, problemas de conduta e comportamento de oposição desafiante⁶.

Tendo em vista os prejuízos funcionais, assim como um prognóstico desfavorável sem tratamento, orientações práticas para o tratamento devem ser estabelecidas. Primariamente o tratamento é medicamentoso, no entanto o tratamento combinado entre farmacoterapia, tratamento psicológico e intervenções psicossociais apresentam respostas favoráveis. Negligenciar o TDAH não favorece os sintomas primários e podem ampliar os prejuízos subsequentes que irão interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas.

O tratamento farmacológico proporciona melhoria acentuada nos sintomas e é o tratamento de escolha para crianças na idade escolar, adolescentes e adultos. A prescrição de psicofármacos para tratamento, principalmente os estimulantes, tem aumentado nos últimos anos, sendo a classe de psicofármacos mais pesquisada. Seu alto grau de eficácia foi demonstrado em vários estudos randomizados e controlados, nos quais houve melhora nos sintomas nucleares de hiperatividade, impulsividade e desatenção. Além disso os estimulantes também melhoram a produtividade acadêmica e a capacidade de conclusão de tarefas, a relação familiar, a agressividade, a conduta na escola, a interação com os pares, os comportamentos antissociais e podem até mesmo diminuir o risco para posteriores comorbidades psiquiátricas e fracasso escolar⁷.

Existem três tipos de estimulantes usados para tratar o TDAH: o metilfenidato (MFD), as anfetaminas e a pemolina. Apesar de as anfetaminas terem eficácia comprovada no tratamento, o único estimulante liberado para comercialização no Brasil até o momento é o metilfenidato³.

Porém, nacionalmente, o Ministério da Saúde não incluiu o metilfenidato nas suas listas padronizadas de dispensa de medicamentos via Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Portaria nº 2.981/GM/MS e suas atualizações⁸.

A intervenção farmacológica muitas vezes não é aceita pelos pais, crianças, adolescentes e até alguns clínicos, devido aos efeitos colaterais percebidos. Mas mesmo em

casos que a intervenção farmacológica é realizada, alguns sujeitos podem continuar a apresentar significativo prejuízo funcional na área comportamental, gerando baixa qualidade de vida para si e sua família⁹. Desse modo, para proporcionar a redução dos sintomas e a melhoria do funcionamento geral do sujeito, abordagens de tratamento multimodal que originam capacidades de organização, planejamento, resolução de problemas, habilidades sociais, entre outras, têm sido cada vez mais indicadas¹⁰.

Entre as possibilidades de tratamento psicoterápico, a Terapia Cognitivo-Comportamental é apontada como a modalidade psicoterápica com maior evidência científica de eficácia para os sintomas nucleares do transtorno. Ela auxilia no manejo dos sintomas comportamentais associados, como a oposição e para problemas funcionais, como procrastinação, dificuldade de manejo de tempo e organização¹¹.

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

O TDAH é a condição neuropsiquiátrica mais prevalente na infância e estima-se uma prevalência mundial de cerca de 5% das crianças em idade escolar. A primeira descrição médica considerada sobre TDAH aconteceu em 1902, através da publicação do pediatra George Frederick Still³.

O transtorno implica déficits importantes no processo de aprendizagem, estando relacionado não apenas a dificuldades atencionais, assim como comprometimento de funções executivas (capacidade organizacional e planejamento). Além disso, o TDAH pode interferir indiretamente no desempenho acadêmico por meio da interação deficitária com pares e professores e aumento dos níveis de estresse no ambiente doméstico¹².

O TDAH é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com o transtorno do que na população em geral. Evidências consideráveis atestam a forte influência de fatores genéticos nos níveis mensurados de hiperatividade, impulsividade e desatenção. No entanto, as influências da escola, da família e dos pares também são cruciais na determinação do grau de comprometimento e comorbidade¹. A proporção encontrada do TDAH entre os sexos é de 1,5 meninos para cada menina; em ambulatorios essa proporção é de 10 meninos para cada menina. O subtipo desatento é o mais encontrado entre as meninas e causa menor impacto social, gerando subdiagnóstico e pouco acesso a tratamento¹

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM 5)¹, o TDAH é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento e

caracterizado por um conjunto de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se manifestam através de um padrão persistente e freqüente ao longo do tempo e que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. Para esse diagnóstico, o indivíduo deve apresentar seis (ou mais) dos sintomas a seguir descritos que devem persistir pelo menos seis meses, em um grau que seja inconsistente com o nível de desenvolvimento, e devem ter um impacto negativo diretamente sobre as atividades sociais, acadêmicas e/ou profissionais. Para adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são obrigatórios.

Os sintomas da desatenção, hiperatividade e impulsividade são descritos na seqüência de acordo com o DSM – 5¹.

Desatenção

Frequentemente:

- a) Deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades;
- b) Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em permanecer focado durante as palestras, conversas ou leitura longa);
- c) Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia);
- d) Não segue instruções e não termina tarefas domésticas, escolares ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado);
- e) Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de atividades sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, administra mal o tempo, não cumpre prazos);
- f) Evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa ou, para os adolescentes mais velhos e adultos, elaboração de relatórios, preenchimento de formulários etc.);
- g) Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis);
- h) É facilmente distraído por estímulos externos;
- i) Esquece de realizar atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas escolares e, no caso de adolescentes e adultos mais velhos, retornar chamadas telefônicas, pagar contas, manter compromissos).

Hiperatividade / Impulsividade

Frequentemente:

- a) Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- b) Levanta-se ou sai do lugar em situações que se espera que fique sentado (por exemplo, deixa o seu lugar na sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho, ou em outras situações que exigem que se permaneça no local);
- c) Corre ou escala em situações em que isso é inadequado (em adolescentes ou adultos, esse sintoma pode ser limitado a sentir-se inquieto);
- d) É incapaz de jogar ou participar de atividades de lazer calmamente;
- e) Não para ou freqüentemente está a “mil por hora” (por exemplo, não é capaz de permanecer ou ficar desconfortável em situações de tempo prolongado, como em restaurantes e reuniões);
- f) Fala em excesso;
- g) Deixa escapar uma resposta antes da pergunta ser concluída (por exemplo, completar frases das pessoas; não espera por sua vez nas conversas);
- h) Tem dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo, esperar em uma fila);
- i) Interrompe ou se intromete com os outros (por exemplo, intrometem-se em conversas, jogos ou atividades, começa a usar as coisas dos outros sem pedir ou receber permissão).

Outros critérios se fazem necessários para o diagnóstico: Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade deve estar presente antes dos 12 anos de idade; devem estar presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou trabalho, com os amigos ou familiares; em outras atividades); interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional e não ocorrem exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico, e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade).

O diagnóstico pode ser categorizado pela apresentação dos sintomas de desatenção e ou pela apresentação dos sintomas de hiperatividade / impulsividade, ou pela apresentação dos sintomas combinados de desatenção e hiperatividade / impulsividade, considerando os especificadores observa- se, o *especificador desatento* mais freqüente em indivíduos do sexo feminino e parece apresentar, junto com o especificador combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico¹. As crianças com *especificador hiperativo/impulsivo* são mais agressivas e mais impulsivas do que as portadoras dos especificadores desatento e combinado

e tendem a apresentar altas taxas de impopularidade e rejeição pelos colegas¹³. O *especificado combinado* é mais comum em crianças com sintoma de conduta, tais como oposição e desafio. Além disso, apresenta um maior prejuízo no funcionamento global quando comparado aos outros dois grupos¹⁴.

As crianças e os adolescentes com TDAH apresentam níveis de atenção inapropriados para a idade, são impulsivas e, geralmente, hiperativas. Apresenta dificuldades em seguir regras e normas, controlar os impulsos, baixa concentração, alteração de memória, falhas na organização, no planejamento e pouca autonomia.

O transtorno envolve uma grande pluralidade de dimensões implicadas como comportamentais, intelectuais, sociais e emocionais¹⁵. Podem também apresentar problemas de conduta, agressividade, pobre rendimento escolar e dificuldades sociais, especialmente relacionadas com os amigos e conflitos na família. Também podem ter baixa tolerância à frustração, o que intensifica ainda mais os seus conflitos em casa e na escola¹⁶. O TDAH configura um dos maiores desafios para pais e professores¹⁷.

O TDAH, infelizmente, não reflete um estado temporário que está superado ou uma fase probatória da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de “maldade” da criança ou do adolescente⁵.

Estudos de neuropsicologia e neuroimagem em pacientes com o transtorno sugerem comprometimentos estruturais e funcionais de áreas do córtex pré-frontal, núcleos da base, lobo parietal, cíngulo cognitivo e cerebelo, bem como nas interconexões entre essas diferentes regiões¹⁸. Tais alterações estão diretamente relacionadas a prejuízos no controle motor e no controle inibitório, dificuldade de planejamento e capacidade atencional¹⁹.

A avaliação neuropsicológica é bastante útil no TDAH, embora não seja nem necessária nem suficiente para seu diagnóstico, que permanece sendo clínico. O exame permite identificar comprometimento da atenção sustentada (o principal déficit), além de prejuízo na capacidade de selecionar as informações (atenção seletiva), inibir estímulos distratores internos e externos (controle inibitório) e na flexibilidade mental (atenção alterada)¹⁹. A memória operacional pode encontrar-se deficitária em pacientes com TDAH, determinando um comprometimento funcional mais grave, com freqüente mau desempenho acadêmico¹⁹.

As funções executivas nem sempre estão comprometidas no TDAH; elas podem ser classificadas em “quentes” e “frias”. As funções executivas classificadas como “frias” estão relacionadas com a lógica (funções corticais superiores) e não sofrem interferência emocional para seu desempenho efetivo. Entre elas, estão o seqüenciamento, a inibição e a flexibilidade

motora. Já as funções executivas que sofrem influência emocional (funções quentes) estão anatomicamente relacionadas com a região orbitofrontal e envolvem a regulação de comportamental social¹⁹.

Lesões em áreas cerebrais relativas às funções executivas frias estão associadas com dificuldades relacionadas ao processo do aprendizado e resolução de novos problemas (aspectos cognitivos), enquanto alterações em regiões associadas às funções executivas quentes estarão mais correlacionadas à impulsividade, comportamentos inapropriados e inabilidades sociais¹⁹. Os pacientes com TDAH podem apresentar comprometimento de funções executivas quentes e frias, embora haja um predomínio de comprometimento relacionado às funções cognitivas frias²⁰.

As diversas manifestações do transtorno e suas diferentes apresentações, de acordo com as características individuais, idade, condições ambientais e de manejo por parte dos adultos, fazem com que as crianças, os adolescentes e os adultos com TDAH constituam um grupo muito amplo, diverso e heterogêneo. Isso apresenta demandas especiais para a avaliação, tornando-se necessária uma abordagem multidimensional e multidisciplinar em que se utilizem instrumentos de natureza diversa que reflitam estas diferenças e a participação de especialistas de diversas áreas²¹.

A identificação do quadro assume relevância peculiar, pois a identificação precoce determinará a extensão em que as dificuldades de atenção e hiperatividade estão interferindo nas habilidades acadêmicas, afetivas e sociais, possibilitando o estabelecimento de uma proposta de prevenção de problemas, antes do seu agravamento, evitando, assim, a exacerbação dos sintomas, o grave nível de prejuízos e o grau de sofrimento do estudante²².

O TDAH trata-se de um problema de saúde mental bastante frequente e que requer uma política de tratamento específica.

1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do TDAH

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) corresponde a um termo utilizado para designar uma série de abordagens psicoterapêuticas que pressupõem que a atividade cognitiva influencia o comportamento; que esta pode ser alterada e monitorada; e que o comportamento pode ser mudado se houver mudanças na cognição²³.

A Terapia Cognitiva (TC) foi originalmente formulada por Aaron Beck na década de 60, a partir do tratamento de pessoas com depressão maior. Trata-se de uma abordagem estruturada, diretiva, colaborativa, focada no aqui-agora, com forte componente educacional,

de prazo limitado e que vem sendo comprovada como uma alternativa eficaz para vários transtornos psiquiátricos²⁴.

A TC se baseia no modelo cognitivo, reconhecendo que cada indivíduo desenvolve uma maneira de interpretar e se comportar baseada na interação de suas características inatas e os modelos/aprendizagens diversos que teve não só durante a infância, mas também ao longo de sua vida. Esse modo de ser é chamado de esquema cognitivo e constitui-se como um filtro através do qual a pessoa avalia suas experiências e, conseqüentemente se comporta²⁵.

Assim, quando o indivíduo passa por experiências de vida negativas e as interpreta de forma absolutista, sem considerar outros vieses da realidade, pode começar a desenvolver esquemas cognitivos não adaptativos, chamados de crenças e pensamentos disfuncionais. Essas crenças embora correspondam a uma avaliação parcial e distorcida dos fatos, são vivenciadas pela pessoa como verdades absolutas e costumam mediar intensos afetos negativos²⁵.

Pautada no modelo cognitivo, a TCC, busca compreender como ocorre a representação de uma inter-relação entre cognição, emoção e comportamento. Deste modo, consegue oferecer variadas técnicas e estratégias cognitivas e comportamentais para condições de sofrimento psicológico nos diferentes ciclos da vida, as quais contribuirão também para o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH.

Os primeiros livros e estudos utilizando a TCC em TDAH começaram a ser publicados no final da década de 1980 e início da década de 1990³. O principal objetivo da TCC é o de gerar mudanças nos pensamentos e nas crenças (ideias e conceitos mais fortalecidos e essenciais acerca de si mesmo, das pessoas e do mundo) disfuncionais dos pacientes, evocando uma transformação emocional e comportamental duradouras, e não apenas um alívio momentâneo dos sintomas²⁶.

A TCC trabalha com a conceituação de que toda situação gera pensamentos (chamados automáticos), que acionam sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas. A pessoa com TDAH apresenta crenças e esquemas mentais, que são um conjunto de ideias e autoconceitos moldados ao longo do seu desenvolvimento, entendidos como algo próprio, como um traço de caráter, mas que surgiram na presença do transtorno. Os componentes cognitivos (pensamentos automáticos e crenças nucleares) e comportamentais (condutas e atos) podem piorar os sintomas do TDAH, funcionando como reforçadores negativos dos sintomas³. Assim, constantes fracassos geram evitações, o que acarreta em novos fracassos e desmotivação para enfrentar situações que foram anteriormente opressivas²⁷. Perante o

exposto, o objetivo da TCC é interromper este ciclo vicioso e ensinar aos pacientes maneiras efetivas de compensar os prejuízos e manejar as evitações²⁸.

O tratamento psicoterápico do TDAH envolve: psicoeducação, manejo de problemas emocionais, treino de habilidades e estratégias de enfrentamento. Com crianças e adolescentes a participação dos pais é muito importante para aumentar a chance de generalização dos resultados²⁹. Os propósitos da terapia são: educar paciente e sua família sobre o TDAH e seus efeitos; identificar e manejar os déficits das funções executivas, como manejo do tempo; melhorar autoestima; manejar evitações e pensamentos negativos; fortalecer estratégias de enfrentamento e técnicas comportamentais para melhorar o funcionamento do indivíduo em áreas comprometidas de sua vida²⁸. É importante ressaltar que simplesmente oferecer as técnicas e estratégias de enfrentamento não funcionará caso o paciente não as coloque em prática, por pessimismo ou devido à comorbidades. Assim, o papel motivador e instaurador de esperança por parte do terapeuta é fundamental³⁰.

Através da TCC as crianças podem aprender a fazer diariamente anotações de automonitoramento comportamental, cognitivo e emocional, bem como “usar técnicas que podem auxiliar no enfrentamento de suas dificuldades, identificando ideias, memórias e pensamentos que as prejudicam”³¹. Na infância, percebe-se que a TCC é de grande relevância, principalmente se associada ao tratamento de familiares. As práticas parentais estão envolvidas na promoção das habilidades sociais dos filhos³². Assim, percebe-se a necessidade de incluir pais e familiares na terapia, pois eles são em grande parte, responsáveis pelo desenvolvimento global da criança e constituem modelos de interação.

O tratamento do TDAH é multifacetado e exige uma participação ativa do terapeuta. O trabalho em parceria com as escolas e professores se faz necessário uma vez que as orientações para intervenções comportamentais com crianças com TDAH em sala de aula podem melhorar o desempenho em atividades acadêmicas⁵. O trabalho com crianças e adolescentes requer habilidade, criatividade e compreensão por parte do terapeuta para relacionar ciência e arte. Considerando essa premissa, uma possibilidade bastante interessante para o desenvolvimento deste trabalho é a modalidade em grupo²⁶. O modelo de terapia em grupo possibilita tratar um maior número de pacientes, podendo trazer benefícios principalmente para o sistema de saúde.

1.3 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG)

A TCC tem sido empregada nas mais diversas práticas e modalidades de intervenção, tanto na perspectiva individual como em grupos. Independente de sua forma de intervenção, objetiva produzir mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, nas reações emocionais e comportamentais de forma duradoura e que proporcione autonomia ao paciente, alcançando, assim, o alívio ou a remissão total dos sintomas³⁷.

A psicoterapia de grupo desenvolveu-se nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), mas as sementes germinaram na Europa. Apresenta um histórico proficiente anterior ao surgimento da TCC e seu foco inicial seguia para vivência de grupo antes de qualquer fator ou técnica específica. Entre os pioneiros de intervenção em grupo destaca-se: Pratt, Lazell, Marsh, Moreno e Lewin, por serem considerados precursores de alguns dos pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG)³⁴.

A literatura proveniente dos (EUA) atribui a Joseph H. Pratt (1905) a criação da psicoterapia de grupos. Pratt reunia os pacientes para orientá-los quanto às atitudes positivas em relação à sua condição médica, usando técnicas como: diário de anotações cotidianas e tarefas de casa. Realizou seu trabalho de forma intuitiva, espontânea, humana e empírica, focalizando o bem estar e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, princípios que seriam posteriormente incorporados como eixo básico do tratamento dos transtornos mentais. Reconhecia fatores como universalidade, aceitação e instalação de esperança, e utilizava como método a reeducação e a persuasão verbal³⁴.

Em maio de 1920 Lazell descreveu, na *Washington Societu for Nervousand Mental Disease*, o método de grupo que vinha empregando com esquizofrênicos numa abordagem psicanalítica. Ressaltava a necessidade e a importância do uso da reeducação e da socialização para o bom andamento do grupo³⁴.

Marsh (1931) destinou suas intervenções a grandes grupos de pacientes psicóticos. Evidenciava que a eficácia do grupo passava necessariamente por um processo de integração entre a mente, a emoção e a atividade motora às necessidades atuais da realidade³⁰. Considerava que os grupos auxiliavam na reeducação, sociabilidade e atividade ocupacional³⁴.

Moreno (1974) formou grupos com crianças nos parques de Viena e improvisava representações nas ruas com prostitutas, considerando que grande parte da psico e da sociopatologia poderia ser atribuída ao desenvolvimento insuficiente da espontaneidade e que seria possível obter benefício terapêutico por intermédio da representação. No ano de 1921 Moreno veio a reconhecer o início do psicodrama³⁴. O propósito fundamental de Moreno era desenvolver grupos de discussão e autoajuda através da expressão da espontaneidade. Para

alcançar seu propósito, lançou mão do psicodrama e do sociodrama aplicados à interação e à realidade do processo grupal como método de trabalho³⁵.

O psicólogo alemão, Lewin, em 1933, mudou-se para os EUA e alguns anos mais tarde, fundou o Centro de Pesquisa para Dinâmicas de Grupo, na Universidade de Michigan, desenvolvendo estudos experimentais sobre o relacionamento humano³⁴. O objetivo do mesmo era compreender a dinâmica do relacionamento humano, observando os papéis e o contexto do grupo. Considerado o pai da dinâmica de grupo, seu método era pautado no uso de dinâmicas e tarefas em grupo aplicadas à interação e à realidade do processo grupal³⁵.

A psicoterapia de grupo surgiu intuitivamente e foi adotada empiricamente. O início dos trabalhos de intervenções em grupo possui suas raízes, principalmente nos modelos psicodinâmicos das patologias. Após o período inicial, a psicoterapia em grupo passou por uma fase de expansão teórica nas décadas de 1950 e 1960³⁴. Quanto a TCCG, na década de 1970 que tiveram início os trabalhos com técnicas do referencial cognitivo-comportamental ao formato de grupo³⁶.

Relacionando as primeiras intervenções em grupo e a TCCG, observam-se semelhanças e divergências. Como semelhanças são mencionadas: as práticas “educacionais” dos grupos de Pratt, Lazell e Marsh; as vivências e as representações propostas por Moreno; tarefas e atividades a serem realizadas em grupo para Lewin; estratégias comportamentais e tarefas a serem realizadas em casa, utilizadas por Pratt e como divergências são apontadas dois aspectos principais. Primeiramente, de acordo com o ponto de vista psicodinâmico o processo grupal é considerado a intervenção propriamente dita. Para TCCG, por mais que o processo grupal exerça seu papel na intervenção, o grupo é um sistema em que técnicas específicas deverão ser aplicadas visando resultados específicos. A segunda divergência refere-se à composição dos grupos. Nas abordagens psicodinâmicas, os grupos são em geral considerados heterogêneos. Em TCCG, sua seleção é direcionada para homogeneidade de composição³⁵. Porém, a homogeneidade preconizada pela TCCG refere-se a oportunizar que seus membros experimentem certo grau de pertencimento ao grupo⁶.

No trabalho com grupos é importante destacar a contribuição de Yalom³⁸ sobre a descrição sistemática de fatores terapêuticos oferecidos por uma intervenção grupal e sua presença na TCCG. São apontados dez fatores terapêuticos: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento das informações, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, coesão grupal e catarse³⁹. Entretanto, existem diferenças entre o processo grupal tradicional e os modelos de intervenção da TCC no que se

refere a estes fatores terapêuticos já que os estudos de Yalom encontram-se ancorados nas teorias psicodinâmicas³⁷.

A *instilação e a manutenção da esperança* são aspectos fundamentais para o sucesso de uma intervenção em grupo³⁸. Em TCCG esse fator terapêutico acaba tendo um momento distinto na intervenção dentro do processo de contrato terapêutico e de psicoeducação. Para a TCC, conhecer os dados referentes à sua dificuldade tem papel fundamental no processo de instaurar esperança nos participantes, pois os oferece uma visão normalizadora de suas dificuldades ou sintomas, propiciando uma atitude mais pró-ativa frente ao problema³⁵.

A *universalidade* refere-se à descoberta de que os outros sofrem com dificuldades semelhantes, acarretando um alívio quando um membro reconhece que não está sozinho em seu sofrimento³⁶. Para TCCG a homogeneidade na composição dos grupos tem como principal objetivo que os participantes possam experimentar esse reconhecimento das suas dificuldades nos demais membros. O senso de pertencimento gerado pela universalidade ajuda a criar o meio que favorece a coesão nas sessões grupais³⁷.

O *compartilhamento de informações* refere-se à instrução didática, aconselhamento, sugestões e orientações ofertadas na sessão³⁸. A TCCG tem como pressuposto fundamental ser uma intervenção educativa e partilha informações técnicas entre terapeutas e participantes subjazem a própria teoria³³. Psicoeducação e prevenção de recaídas são formas de compartilhamento de informações³⁵.

A *altruísmo* refere-se à oportunidade dos membros de ajudar aos demais³⁴. Em TCC o grupo oferece muitas oportunidades para os membros expressarem altruísmo, num processo de questionamento, fazendo entre si as perguntas, que reúnem evidências, que podem ajudar uns aos outros, obtendo novas informações e encarando os pensamentos de formas diferentes³⁵.

A *recapitulação corretiva do grupo familiar primário*, o desenvolvimento de habilidades de socialização, o aprendizado interpessoal e o comportamento imitativo referem-se à oportunidade que os membros do grupo têm de experienciar novas formas de relacionamento interpessoal e de obter novos modelos de comportamento, aplicando em suas vidas soluções parecidas com as que observaram em colegas do grupo³⁸. Para TCCG, o uso de técnicas que desenvolvem as habilidades sociais básicas, as dramatizações e os experimentos comportamentais propiciam que um membro aprenda, através da observação, outros modelos de comportamento, mediante comportamento imitativo. O grupo mostra modelos de comportamento e os elementos funcionam como pares para o desempenho de papéis³⁵.

Coesão grupal e catarse são fortes fatores terapêuticos em grupos. A coesão refere-se à relação que se estabelece no grupo, um ambiente acolhedor que promove compreensão e empatia. Catarse é o compartilhamento de informações pessoais, dos aspectos de sua dificuldade que não tenha expressado anteriormente ou que evita expor³⁸. Na TCCG esses dois elementos encontram-se interligados. Para o participante se sentir seguro e expor suas dificuldades, a coesão grupal precisa ter sido firmada de forma consistente. O processo de reestruturação cognitiva requer um ambiente em que o senso de confiança e de apoio entre os membros seja efetivo³⁷.

Reconhecer o impacto desses fatores é fundamental para uma melhor compreensão do processo terapêutico e aprimoramento das intervenções. Eficiência, interação harmoniosa, confiança e objetivos comuns entre os membros do grupo se encontram na base das intervenções em TCCG.

A literatura tem indicado de forma consistente, como ideal, que o processo de TCCG conte com um terapeuta e um coterapeuta³⁹. A recomendação justifica-se pelo papel específico que cada um dos terapeutas ocupa na intervenção em grupo. O terapeuta principal tem maior responsabilidade na condução da discussão do grupo e sobre ele recai a tomada de decisões centrais durante a sessão, apresentação do material e do trabalho. Coterapeuta tem menos responsabilidade imediata na sessão, no entanto, é papel dele atuar como um segundo conjunto de “olhos e ouvidos clínicos”. É responsável pelo registro minucioso das sessões, mas seu principal papel é de observador das relações e interações grupais e dos fatores processuais que ocorrem durante a sessão. No planejamento e organização dos programas, ambos os terapeutas exercem papéis idênticos. A relação harmoniosa entre os terapeutas atua como um fortalecedor da coesão grupal, desta forma, é fundamental que nas atividades extras sessão os terapeutas assumam papéis de igualdade e equidade³⁵.

Conduzir pessoas em TCCG envolve considerar dois pressupostos básicos: o primeiro é que o grupo constitui um sistema no qual as técnicas serão administradas e o segundo é que, para o grupo em TCC ser efetivo, ele deve obedecer ao requisito da homogeneidade³⁵. Deste modo, os terapeutas em TCCG precisam estar atentos aos aspectos técnicos e processuais, desde sua composição até sua execução. As técnicas utilizadas no momento da intervenção podem ser classificadas como de ordem cognitiva ou comportamental, semelhante aos pressupostos encontrados na intervenção individual, mas sua utilização deverá ser adaptada ao contexto do grupo²⁵. As técnicas utilizadas no início do grupo têm como objetivo facilitar a interação entre os membros, iniciar o desenvolvimento da coesão e incutir esperança⁴⁰.

No entanto, a literatura da área não é unânime na forma de utilização e classificação das atividades de acordo com sua finalidade^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49}. Em primeiro lugar, se deve ao fato de que as técnicas grupais não são de uso exclusivo do psicólogo; em segundo, uma mesma atividade pode ser utilizada com objetivos diferentes, conforme o propósito do grupo³⁶. Por isso ter ciência de onde se realiza o grupo é relevante para utilização de técnicas eficazes. Entre as técnicas grupais utilizadas temos: técnicas de apresentação, integração, sensibilização, para fomentar liderança, focadas na tarefa, encerramento, treinamento e desenvolvimento, ludopedagógicas e relacionamento interpessoal^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51}.

As técnicas de apresentação são atividades com propósito de apresentar os participantes. Em geral é utilizada em grupos que não se conhecem, mas pode ser aplicada também com objetivo de promover um conhecimento mútuo maior entre os integrantes. Conjunto de atividades realizado por todos os níveis de grupo de acordo com os campos de atuação: saúde, educação, instituições, comunidades ou esportes^{42, 49, 50}.

São consideradas técnicas de integração o tipo de atividade em que os participantes aprendem realmente a trabalhar em grupo, interagir e descobrir as melhores estratégias de se comportar, tornando-se capaz de exprimir os mais diversos sentimentos. São atividades que podem ser aplicadas em diversos tipos de grupos, mas principalmente naqueles que estão em fase inicial de atividade^{47, 49}.

As técnicas de sensibilização são realizadas por todos os níveis de grupo com a finalidade de aquecer e/ou preparar o grupo para uma atividade^{41, 50}. Já a técnica para fomentar liderança tem como finalidade desenvolvimento ou compreensão do tema pelos participantes do grupo. É bastante utilizada em grupos de nível educacional, institucional, comunitário e algumas vezes, pode ser também trabalhado em grupos esportivos, embora de maneira mais discreta e com a intenção de desenvolver apenas um membro, e não trabalhar a temática no grupo em si⁵⁰.

Técnicas focadas na tarefa são todas as atividades principais dos encontros e procuram trabalhar às temáticas centrais para as quais o grupo foi organizado⁴⁰. Algumas técnicas servem para trabalhos bem terapêuticos em grupos com esse objetivo.

O trabalho de encerramento de um grupo é tão significativo quanto o início. É um conjunto de atividades que podem ser utilizadas nos diferentes níveis de grupos⁵⁰. Porém são poucas as técnicas descritas na literatura com esse propósito⁴⁴.

A aplicabilidade de técnicas de treinamento e desenvolvimento visa trabalhar o desenvolvimento de determinadas habilidades⁴⁰. Apresenta como principal característica que os participantes possam desenvolver habilidades em situações grupais e difundir os

comportamentos aprendidos para outros contextos. Refere-se a um tipo de grupo bastante próprio do nível institucional, que pretende treinar um grupo de pessoas para uma determinada tarefa^{40, 43}.

As técnicas ludopedagógicas são chamadas de jogos e sua finalidade é descontrair e/ou dinamizar os grupos⁴⁹. Aplicada para iniciar encontros, desde que não seja o primeiro, ou como forma de fazer o grupo se descontrair depois de uma atividade que tenha exigido muita reflexão⁴⁵. Normalmente é um tipo de atividade que pode ser utilizada em todos os níveis de grupos⁵⁰. É possível dispor dessa forma lúdica com a intenção de desenvolver habilidades específicas necessárias à aprendizagem no nível educacional⁴⁸.

O conjunto de atividades sobre relacionamento interpessoal cuida de habilidades necessárias para o relacionamento entre as pessoas e encontra-se em todos os níveis de modalidades grupais⁵⁰. Muitas vezes é o único tipo de tema trabalhado no qual o grupo é organizado para desenvolver habilidades sociais em contexto de saúde ou educação e melhorar relações interpessoais no nível institucional⁴⁰.

A TCC é reconhecida como uma proposta de intervenção estruturada³³, e esta característica se estende as intervenções grupais; em consonância com os próprios pressupostos teóricos da TCC a presença de um programa estruturado de sessões torna-se pré-requisito para TCCG e por isso os terapeutas precisam incorporar os fundamentos teóricos, tais como empirismo colaborativo, descoberta guiada e aprendizado socrático.

Para realização dos atendimentos em grupo é necessário que o terapeuta disponha de um projeto efetivo de ação focado no problema, pois sessões organizadas em um programa estruturado permitem a reaplicação do mesmo em outros contextos contribuindo para testagem de eficácia. Os programas de intervenção grupal testados podem ser utilizados de forma eficaz por profissionais nas mais diversas práticas em saúde, beneficiar a população e facilitar o treinamento de profissionais para a intervenção³⁵.

Para eficácia de um processo de TCCG é fundamental que os terapeutas observem os seguintes aspectos para elaboração: questões pré e pós grupais e os estágios de intervenção (inicial, transição, trabalho e final)⁵².

As *questões pré-grupo* são os aspectos referentes ao planejamento do programa de intervenção e a formação do grupo³⁷. Nesta fase são realizadas considerações sobre tipo de grupo a ser conduzido, número de sessões, planejamento de cada uma das sessões do grupo, definição dos critérios de inclusão e exclusão, definição de instrumentos e/ou técnicas para a seleção dos participantes, estratégias de recrutamento dos participantes, triagem dos participantes e contrato pré-grupo com os participantes³⁵.

O primeiro estágio da intervenção ou fase *inicial* visa instalar a estrutura inicial de desenvolvimento da intervenção em grupo, fornecendo orientações e explorando expectativas e características dos membros do grupo⁵³. Neste estágio, devem ser apresentados os objetivos do grupo, as características da intervenção em TCCG, psicoeducação sobre o modelo cognitivo, levantamento das expectativas dos participantes do grupo sobre a intervenção e o processo do grupo em si. É neste estágio que as dúvidas devem ser sanadas, o estabelecimento de vínculos entre terapeutas e membros do grupo firmados e algumas habilidades e estratégias ensinadas objetivando a fase da intervenção adequadamente³⁵.

O segundo estágio, denominado de *transição*, refere-se à fase da intervenção grupal em que as resistências e as dificuldades de relacionamentos começam a aparecer no grupo⁵². Estágio que demanda dos terapeutas uma atenção maior ao processo grupal com objetivo de não negligenciar a oportunidade de trabalhar em sessão os conteúdos e as situações interpessoais que decorrem. Em TCC é uma fase especialmente difícil, pois acontece a conceitualização cognitiva, questionamento de evidências e a busca de pensamentos alternativos³⁵. O plano de metas é consolidado nessa fase e as técnicas ou estratégias visam o treino de habilidades sociais, empatia e assertividade, favorecendo a próxima fase do processo de grupo.

O terceiro estágio, também chamado de *estágio de trabalho*, dirige-se a intervenção específica direcionado aos objetivos do grupo. As principais características neste estágio são a manutenção, o reforço da coesão grupal e a produtividade dirigida para uma meta³⁷. Decorrem nesta fase as intervenções típicas e aplicabilidade do protocolo de tratamento indicado na literatura como mais eficaz. Compreende-se que neste momento do grupo, os participantes já disponham de algumas habilidades de manejo de emoções, pensamentos e comportamentos, e que a coesão grupal seja alta, propiciando um ambiente seguro para as intervenções dirigidas ao foco da demanda. É a fase ideal para intervir de forma mais aprofundada nas crenças disfuncionais e de reavaliar distorções cognitivas³⁵.

O quarto período é o *estágio final* do grupo. Esta fase tem por objetivo a consolidação das aprendizagens e o término do grupo⁵³. Nesse estágio são intensificadas as atividades de prevenção de recaídas e a avaliação do processo deve ser feita de forma clara e sistemática. Nessa etapa final também se faz necessário trabalhar questões relacionadas à ansiedade em relação ao término e indicação de recursos auxiliares como leituras, cartilhas, vídeos e serviços de apoio³⁵.

Ao pós grupo compete o acompanhamento e à avaliação dos participantes, findado o programa de intervenção propriamente dito⁵³. São trabalhadas nessa fase questões como:

existência ou não de sessões de encorajamento, momento de avaliação tipo seguimento, proposta de grupo de apoio, encaminhamentos, necessidade de psicoterapia individual para alguns membros e avaliação do desfecho do grupo por parte dos terapeutas, sistematizando avanços e limitações do programa e da condução do grupo.

A construção de um programa de intervenção em grupo deverá tomar como base os estágios de uma intervenção grupal em TCC e as questões pré e pós grupais. A estrutura das sessões auxiliará na execução do programa e na manutenção da diretividade, sendo um dos pressupostos da TCC. Um programa de intervenção em TCCG deve estar em sintonia com a modalidade de grupo que se pretende formar. Acentuando, que apenas os grupos terapêuticos apresentarão todos os estágios⁴⁰.

Os grupos em TCCG podem ser divididos em grupos de prevenção e/ou promoção de saúde e de intervenção terapêutica. Ações preventivas têm como objetivo evitar o surgimento ou a expansão de determinado problema, para conseqüente redução de sua incidência ou prevalência. Para o desenvolvimento do bem-estar por meio de fortalecimento individual e coletivo, o grupo será de promoção de saúde⁵¹. São destacadas na literatura em TCCG quatro modalidades de grupos: grupos de apoio, grupos de psicoeducação, grupos de orientação/treinamento e os grupos terapêuticos⁴⁰.

Grupos de Apoio volta-se para sintomas crônicos que passaram por intervenção ou para quem está em tratamento, sejam cuidadores, ou seja, pacientes. Geralmente são grupos abertos, comportando mais de 15 membros e funcionando bem em laboratórios. Os conteúdos e demandas são instituídos pelos pacientes realizadas em sessões semanais. O principal fator terapêutico observado é o apoio entre os integrantes. Ainda que apresente vantagem em relação ao número de participantes, flexibilidade na estrutura e composição grupal é a modalidade com menor literatura em TCCG³⁵.

Grupos de Psicoeducação caracterizam-se por oferecer informações e autoconhecimento sobre os sintomas, demandas ou transtornos dos participantes, a começar da natureza do problema até os tratamentos existentes e prognósticos⁴⁰. Visam permitir que os pacientes reconheçam suas dificuldades e/ou seus sintomas, seus pensamentos, suas emoções e seus comportamentos, no intuito de identificar a inter-relação entre eles e discutir estratégias de mudança para intervir de forma eficaz. São grupos fechados que não excedem 4 – 6 sessões estruturadas e baseadas em técnicas de psicoeducação e resolução de problemas, podendo ser realizado com mais de 15 participantes. Podem acontecer com frequência semanal, quinzenal ou mensal, dependendo do serviço em que são oferecidos, tipos de sintomas ou dificuldades apresentadas³⁵. Essa modalidade de grupo já é mais recorrente na

literatura e entre os estudos encontra-se o de Morgan⁵² realizado em 2003, sobre adultos com Transtorno de Déficit de Atenção

Grupos de Orientação e/ou Treinamento visam orientar e treinar os participantes para que atinjam mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais. São grupos fechados, com sessões semanais, não ultrapassam 15 participantes, e ocorrem em mais de oito sessões. Ainda que apresente semelhanças com grupos psicoeducativos, nesse modelo as técnicas cognitivas e comportamentais são mais utilizadas e com multiplicidade maior em exercícios para casa, além de aprofundarem-se no modelo cognitivo e de reestruturação cognitiva³⁵.

Grupos Terapêuticos trabalham com ações estruturadas voltadas para demandas específicas, objetivando apoio, psicoeducação, prevenção de recaídas e orientação para mudança. Apresentam configuração fechada, com sessões semanais, geralmente não ultrapassando 12 integrantes e com duração mínima de 12 sessões³⁵. É a modalidade grupal responsável pelo maior escopo da literatura de TCCG e sua eficácia vem sendo demonstrada para uma variedade de demandas, como transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade social, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade em crianças, TDAH em adultos, transtornos do humor em idosos, depressão, resolução de problemas com casais, perfeccionismo, reincidência em jovens infratores em liberdade condicional, tratamento de insônia, ansiedade de doença e transtorno de pânico⁴⁰.

Uma das vantagens da terapia em grupo é proporcionar um ambiente terapêutico, onde o sujeito lida com as interações interpessoais advindas da convivência com os demais sujeitos⁵². O grupo pode vir a ser um espaço adequado para aprender a se relacionar, facilitar a identificação de que outras pessoas podem passar por situações semelhantes e propiciar um ambiente propício para dar e receber feedbacks⁵⁴.

O processo grupal se desenvolve a cada novo grupo, e uma identidade própria se estabelece moldada por diversas variáveis, como estilo de expressão dos membros (inclusive terapeutas), condições do contexto sociocultural, fatores de vulnerabilidade e de proteção dos participantes, espaço apropriado para a execução dos programas e motivação da instituição e dos participantes³⁵.

Em relação a intervenções em grupo com crianças e adolescentes observa-se uma ausência de estudos e os existentes estão focados em Treinamentos de Pais e Treinamentos de Habilidades Sociais⁵⁵. Porém, ao se disponibilizar atenção e tratamento adequado e efetivo às crianças, já se trabalha em uma direção preventiva dos transtornos que possam vir a se desenvolver e gerar quadros mais graves. O trabalho com grupos facilita o contato das crianças entre si e auxilia no desenvolvimento do insight, proporciona oportunidades para a

prova da realidade e para dar e receber feedback. Deste modo, o grupo possibilita que crianças e adolescentes construam um novo modelo interno para lidar com as suas dificuldades existenciais e espelhamento emocional⁵⁵.

Entre os estudos disponíveis na literatura, na direção da atenção primária, Spence, Sheffield e Donovan (2003)⁵⁶ são citados como o maior estudo, o programa “Resolvendo problemas para a vida”, envolvendo (1500 participantes) com idade entre 12-14 anos, realizado por professores treinados e composto por 08 sessões. O mesmo resultou em reduções significativas nos níveis de depressão comparados a um grupo controle. No que se refere aos sintomas ansiosos encontra-se o programa FRIENDS, desenvolvido por Barrett e Pahl (2006)⁵⁷, composto por 10 sessões, fundamentação teórica em TCC e envolve crianças e adolescentes de 4 a 18 anos. O mesmo utiliza estratégias comportamentais, fisiológicas e cognitivas para ensinar às crianças habilidades práticas para detectar seus sintomas ansiosos, reconhecer seus sentimentos, identificar os pensamentos disfuncionais e criar respostas adaptativas e habilidades na resolução de problemas.

É relevante destacar a importância de que materiais sejam produzidos com as crianças, como livros de exercícios, para facilitar a organização dos conceitos, a fim de que as mesmas sintam a possibilidade de interagir com as próprias vidas de forma mais concreta⁵⁸.

No Brasil e na América Latina, em comparação a literatura internacional, há poucos estudos de evidências publicados sobre o tratamento de TDAH associado a TCC⁶. O único manual existente para nossa população é composto por 12 sessões aplicadas individualmente⁵⁸ e outro estudo de intervenção em grupo encontrado no Brasil foi realizado por Bellé e Caminha⁶², com o objetivo de verificar a eficácia terapêutica de grupo cognitivo-comportamental em 20 crianças com TDAH. No grupo de pesquisa do Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil (NANI), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2008 foi elaborado um protocolo de TCC composto por 20 sessões. Com esses dados observa-se a necessidade de formular e verificar uma intervenção em TCCG para crianças e adolescentes com TDAH, no contexto da saúde pública.

Nesse sentido, o presente estudo avalia os efeitos de um modelo de intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) para crianças com TDAH e seus pais/responsáveis.

2.OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Desenvolver e avaliar os efeitos de um protocolo de intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - TDAH e seus pais/responsáveis.

2.2. Objetivos Específicos

- Aplicar e avaliar um protocolo de intervenção.
- Determinar características sociodemográficas em relação a idade, sexo, escolaridade, histórico de reprovação.
- Descrever as características clínicas em relação a: diagnósticos psiquiátricos prévios e atuais descritos em prontuário, uso de medicação psiquiátrica prévia e atual, tratamento psicológico prévio e atual.
- Identificar os sinais e sintomas de TDAH através do questionário SNAP-IV.
- Descrever, com base na Terapia Cognitivo-Comportamental, um protocolo de intervenção em grupo para crianças com TDAH e seus pais/responsáveis.
- Realizar intervenção em grupo com base na Terapia Cognitivo Comportamental;
- Analisar os sinais e sintomas de TDAH através do questionário SNAP-IV após a intervenção em grupo.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Tipo de Estudo

Estudo de intervenção com delineamento de avaliação tipo antes e depois.

3.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) – Dr Luis da Rocha Cerqueira, que faz parte da rede de assistência do Serviço Único de Saúde (SUS), no município de Maceió, capital alagoana, no nordeste do Brasil, especializado em atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

O CAPSi – Dr Luis da Rocha Cerqueira foi criado em 2002, sendo o único do município que atende esse público. Está localizado no Conjunto José Tenório, no bairro da Serraria. É um espaço disponibilizado no serviço de saúde aberto e comunitário ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a atender crianças e adolescentes até 18 anos com transtornos mentais graves. Para realização de suas atividades conta com especialista das áreas médica, psicológica, social e administrativa no atendimento crianças, adolescentes e seus responsáveis. A demanda recebida é significativa e os encaminhamentos ao CAPSi são realizados por familiares, médicos ou mesmo pela escola que percebe que a criança apresenta alteração de comportamento ou sinais e sintomas de algum transtorno.

3.3. Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido entre junho a dezembro de 2018. A coleta de dados foi iniciada em junho e concluída em novembro. A intervenção foi realizada no período de novembro a dezembro de 2018.

3.4. População

A população foi composta por pais/responsáveis, crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH, atendidos no Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) no município de Maceió/AL.

3.5. Amostra

A amostra foi composta por dois grupos de crianças. Um grupo de crianças a partir de 05 anos e seus pais/responsáveis para o grupo da intervenção que utilizou o protocolo piloto e um grupo com 05 crianças que não participou da intervenção. Todas, foram avaliadas considerando a entrevista inicial e a entrevista de avaliação, considerando que o grupo piloto participou da intervenção durante 05 semanas.

3.6. Critérios e procedimentos para captação do(as) participantes

3.6.1. Inclusão:

Participaram do estudo crianças a partir de 05 anos, em atendimento regular no CAPSi, com sintomas compatíveis com o TDAH descritos no prontuário médico, que estavam regularmente matriculados na escola, com consentimento dos pais/responsáveis.

3.6.2. Exclusão:

Não participaram do estudo crianças menores de 05 anos, mesmo que fossem acompanhados no CAPSi.

3.7. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes

1) Identificação das crianças com diagnóstico de TDAH descrito no prontuário médico e atendidas no Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi);

2) Em relação ao grupo piloto, que participou da intervenção, foi realizado o convite sequencial, de 01 a 05, para as crianças e seus pais/responsáveis que estejam no dia determinado pelos pesquisadores para a coleta de dados; Todos receberam informações sobre o objetivo da pesquisa e a coleta de informações somente iniciada após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE); As 05 crianças subsequentes, de 06 a 10, que não participaram da intervenção assinaram os mesmos documentos.

3) Entrevista inicial para a avaliação individual das crianças e entrevistas com os seus pais/responsáveis utilizando os instrumentos definidos para a coleta de dados;

4) Os pais/responsáveis e as crianças do grupo piloto foram convidados para participar de 05 sessões de intervenção em grupo, com duração de 05 semanas;

5) Após 5ª sessão, as crianças foram reavaliadas com os mesmos instrumentos da entrevista inicial as crianças do grupo 1 e do grupo 2.

3.8. Critérios para descontinuação do estudo

O estudo poderia ser descontinuado no caso de impedimentos institucionais do CAPSi ou dificuldade em conseguir crianças e pais/responsáveis para participar do estudo.

3.9. Coleta de dados

3.9.1. Instrumentos para coleta de dados

A aplicação dos instrumentos para seleção e avaliação dos participantes do grupo foi realizada de modo individual, com o consentimento prévio dos responsáveis e participantes. Após as entrevistas com as crianças e os pais/responsáveis, a intervenção será realizada em grupo com 05 crianças, os pais/responsáveis, terapeuta e um co-terapeuta. A intervenção foi elaborada a partir dos princípios teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

3.9.2. Procedimentos para coleta de dados

O convite aos pais/responsáveis foi realizado na sala de espera do CAPSi por intermédio da equipe administrativa e diretora. A coleta ocorreu em ambiente reservado, em sala de atendimento disponibilizada pela equipe. Ao término da coleta, os instrumentos foram armazenados e serão arquivados durante cinco anos aos cuidados da pesquisadora.

Foram utilizados os seguintes instrumentos na coleta de dados:

Entrevista semiestruturada

Segundo Gil⁶³ as entrevistas semiestruturadas são entrevistas que podem ser parcialmente estruturadas, quando são guiadas por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso. Será utilizado um roteiro, de caráter flexível, aberto e com possíveis adaptações necessárias às questões que por ventura surgirem durante a explicação para coletar informações sobre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, histórico de reprovações) e características clínicas em relação a diagnósticos psiquiátricos prévios e atuais, uso de medicação prévia e atual e tratamento psicológico prévio e atual.

SNAP-IV

O questionário foi construído a partir dos sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria. É um questionário de domínio público e encontramos o mesmo para impressão no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). De acordo com Pereira²⁴, o SNAP-IV é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção (9 primeiros itens) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18), os quais devem ser pontuados por pais e/ou professores, em uma escala de quatro níveis de gravidade.

Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG)

A terapia em grupo demonstra eficácia na psicoterapia, por ser um meio facilitador da aprendizagem composta de novos comportamentos e cognições, reforçando a transformação de padrões disfuncionais de pensamentos e comportamentos anteriores. A TCC enfatiza a estrutura, o foco e a aquisição de habilidades cognitivas e comportamentais. Apresenta características específicas, como o empirismo colaborativo, que determina ao paciente (crianças e pais) um papel ativo na identificação das metas⁶⁴.

Um dos objetivos da TCC em grupo é possibilitar que cada integrante do grupo seja seu próprio terapeuta e esteja preparado para enfrentar de maneira adaptativa as situações estressoras que surgirem das diferentes demandas da vida. Os procedimentos podem variar (de acordo com as necessidades do grupo, número de participantes, número de sessões e com o fato de um grupo ser aberto ou fechado), mas com homogeneidade, tempo limitado e breve³⁴. O trabalho em grupo é recomendado por apresentar menores custos para os sistemas públicos de saúde⁶⁵.

O Quadro 1 a seguir, foi elaborado com base na experiência dos pesquisadores, considerando as informações da literatura científica na área da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo e de acordo com as demandas inicialmente apresentadas pelo CAPS. Foram realizados 5 encontros semanais com as crianças do grupo piloto.

Quadro 1: Apresentação do protocolo de intervenção

| Sessão | Objetivo | Atividades |
|---------------------------|---|--|
| Entrevista INICIAL | Coletar informações e aplicação do instrumento. | Entrevistar os pais/responsáveis e aplicar SNAP-IV |

| | | |
|---|---|--|
| <p>1ª sessão (Exclusiva para pais)</p> | <p>Psicoeducação sobre TDAH e estilos parentais.</p> | <p>Apresentação dos pai/responsáveis; Psicoeducação sobre TDAH, tratamento (farmacológico e psicoterápico) e prognóstico; Psicoeducação sobre estilos parentais; Orientação sobre a importância da contribuição dos pais/responsáveis na terapia; Elaboração da lista de dificuldades que os pais/responsáveis identificam, individual e coletivamente.</p> |
| <p>2ª sessão (Exclusiva para crianças)</p> | <p>Psicoeducação sobre emoções.</p> | <p>Apresentação geral dos participantes do grupo/identidade; Formação de parceria e vínculo – jogo; Construção coletiva das regras do grupo; Autoavaliação e avaliação do terapeuta. Psicoeducação sobre emoções: mímica e histórias de sentimentos.</p> |
| <p>3ª sessão (Exclusiva para crianças)</p> | <p>Psicoeducação sobre TDAH e modelo cognitivo.</p> | <p>Psicoeducação sobre TDAH: metáfora; Psicoeducação ilustrada sobre o modelo cognitivo - personagens Cora e Pê. Tarefa de casa (missão) sobre o modelo cognitivo – pasta vaivém.</p> |
| <p>4ª sessão (Conjunta)</p> | <p>Orientar sobre a técnica de economia de fichas e treinamento de autoinstrução.</p> | <p>Elaboração da lista consensual de problemas e reforçadores (recompensas); Recolher o material sobre modelo cognitivo com as crianças e se trouxeram a pasta vaivém; Orientação aos pais sobre a importância de elogiar e valorizar os comportamentos adequados; Solicitar ao grupo de crianças a confecção de uma lista de exemplos de situações cotidianas que fazem eles experimentar cada emoção; Orientar sobre o treino de autoinstrução – Chuva de ideias: “O que fazer”.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 5ª sessão (Crianças e pais em momentos diferentes) | Treinamento e uso da técnica resolução de problemas, avaliação qualitativa e encerramento. | Escolher de maneira consensual um dos problemas listados na semana anterior; Análise do vídeo “O Nervosinho”; Solicitar a cada criança que com o auxílio dos pais/responsáveis desenhem sua mão em uma cartolina; Orientar sobre os passos para resolução de problemas – “Pedindo uma mãozinha”; Pedir um feedback geral dos encontros. |
| Reavaliação | Reaplicar o instrumento. | Reaplicar SNAP-IV |

3.9.3. Controle de qualidade das informações

Imediatamente após aplicação dos instrumentos, a pesquisadora revisou cuidadosamente cada um deles buscando lacunas e inconsistências, que quando possível foram corrigidas com cada participante.

3.10. Processamento e Análise dos dados

3.10.1. Processamento de dados

Para realizar o processamento dos dados, inicialmente os mesmos foram submetidos à dupla digitação, (pela pesquisadora e por um colaborador), e tabulados no Microsoft Excel versão 2016.

3.10.2. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada pela mestrande e orientador utilizando o software *Statistica Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. Os dados serão apresentados em formato de tabelas com suas frequências absolutas e relativas e serão utilizados testes específicos para comparar as variáveis antes e depois da intervenção para verificar a sua fidedignidade.

3.11. Aspectos éticos

O presente estudo atendeu a todos os requisitos determinados pelas resoluções 466/12 e 510/16 da CONEP e a pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS vide número do parecer 2.624.083 e CAAE 86753018.0.0000.5569. Durante o período de coleta de dados, os participantes passaram pelas etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e apenas incluídos no estudo após sua assinatura no TCLE (Apêndice 1) e TALE (Apêndice 2).

3.11.1. Conflito de interesses

O presente estudo não apresentou conflito de interesse por parte do pesquisador responsável ou de seus colaboradores.

3.11.2. Análise de riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa

O presente estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes, envolvendo, por exemplo, o grupo não ser atrativo, o horário demandar mudanças na rotina e falta de motivação. Como benefício observou-se o fornecimento de informações para promoção de saúde mental nas crianças com TDAH minimizando seus impactos e prejuízos subsequentes, além de contribuir para a construção de conhecimentos na área estudada.

4.RESULTADOS

Atendendo as normas do programa de pós-graduação Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS, os resultados desta dissertação serão apresentados seguindo a ordem dos produtos elaborados durante o seu desenvolvimento:

O primeiro produto corresponde a um capítulo de livro com o título “Psicologia da Saúde e as Terapias Cognitivo Comportamentais: estratégias de promoção de saúde mental no hospital geral”. O material se encontra no Apêndice 3.

A referência formal do livro é: BARBOSA, LNF.; NOBREGA, N. K. B. . Psicologia da Saúde e as Terapias Cognitivo Comportamentais: estratégias de promoção de saúde no hospital geral. In: Eleonardo Rodrigues. (Org.). Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentais: filosofia, intervenção e história. 1ed.Curitiba: Editora CRV, 2018, v. 1, p. 175-183.

Artigo 1 (Apêndice 4): “Caracterização e perfil sociodemográfico: Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade no CAPSi em Maceió” O artigo foi elaborado de acordo com as normas da Revista Psicologia, Saúde e Doenças (Anexo 3).

Artigo 2: (Apêndice 5): Efeitos de uma intervenção cognitivo comportamental em grupo de crianças com TDAH.

5. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao que tudo indica, não há dúvidas de que o TDAH é causado por uma multiplicidade de fatores com um largo conjunto de aspectos neurobiológicos e ambientais operando de maneira demasiadamente complexa, evidenciando prejuízo em quem apresenta o transtorno. Desse modo a necessidade de mais estudos de intervenção em grupo estruturada se faz necessário, proporcionando ações e obrigatoriedade de políticas públicas para saúde mental dessa população. Assim, destacam-se as seguintes recomendações para o desenvolvimento de pesquisa sobre o tema:

- Implementação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social articulando o papel do estado e do município;
- Desenvolvimento de estratégias e políticas educacionais e de saúde pública que possam atuar e melhorar a qualidade de vida das crianças com esse transtorno;
- Elaboração de programa educativo dirigidos à estrutura familiar em consonância com a intervenção para as crianças com TDAH;
- Necessidade de desenvolvimento de novos saberes adaptados à população que vivencia uma realidade social marcada pelos baixos níveis socioeconômicos por isso faz-se necessário uma atenção da academia diante de propostas de intervenção efetivas;
- Ênfase na elaboração de programas baseados em evidências.

6. CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objetivo avaliar um modelo de intervenção fundamentada em TCCG para o tratamento de crianças com TDAH e seus pais/responsáveis. A partir dos resultados encontrados foi possível reconhecer que os objetivos foram alcançados, no entanto é importante ressaltar a necessidade fundamental de implantação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social para essa população.

Atualmente, é possível observar uma banalização acerca do TDAH, uma vez que toda criança hiperativa é rotulada como TDAH. Dessa forma, torna-se relevante conhecer o perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes com TDAH e como os serviços de saúde estão estruturados para oferecer tratamento, de maneira que seja possível fundamentar ações, programas, e possibilitar o acompanhamento interdisciplinar e avaliação dos mesmos.

Nesse sentido, acredita-se que a presente dissertação permitiu identificar o perfil sociodemográfico, sobreposição de sintomas, comorbidades psiquiátricas desta população, precariedade na oferta de atendimento público em saúde mental no universo infanto juvenil e discutir possibilidades de intervenção em TCCG para crianças com TDAH atendidas em um Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi). Apesar da dificuldade de planejamento e execução da pesquisa na etapa da intervenção em grupo, em especial na infância, em decorrência de situações ocorridas na rede pública e dificuldades socioeconômicas dos usuários, entende-se que esse foi um diferencial deste estudo.

Desta forma, acredita-se que o presente estudo tenha contribuído para construção de novos conhecimentos acerca de intervenção em TCCG para crianças com TDAH, bem como gerado subsídios para, no futuro novas possibilidades de intervenções fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo sejam desenvolvidas.

7.REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Mattos P. No mundo da lua (Perguntas e respostas sobre TDAH, em crianças, adolescentes e adultos). São Paulo: Lemos Editorial; 2015.
3. Louzã MR, et al. TDAH ao longo da vida: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2009.
4. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000;22(6):07-11.
5. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: TDAH guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.
6. Neufeld CB. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Kaplan G, Newcorn JH. Pharmacotherapy for child and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatric Clinics. 2011;58(1):99-120.
8. Caliman LV, Domitrovic N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. Revista de Saúde Coletiva. 2013;23(3):879-902.
9. Knight LA, Rooney M, Chronis-Tuscano A. (2008). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Current Psychiatry Reports. 2008; 10(5):412-418.
10. Majewicz-Hefley A, Carlson, JS. A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. Journal of Attention Disorders. 2007;10(3):239-250.
11. Mesquita CMP, Ribeiro P, Rangé BP, Ventura PR. Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2009;5(1):35-45.
12. Diniz, Malloy LF. Avaliação neuropsicológica, Organizadores. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
13. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed; 1994.
14. Assumpção Jr FB, Kuczynski E, et al. Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2010.
15. Benczik EBP, Casella EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. Rev Psicopedagogia. 2015;32(97):93-103.
16. Benczik EBP. TDAH: Questões práticas, teóricas e polêmicas. Diálogos Capitais (Debate). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2010.
17. Benczik EBP. Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: um estudo de aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Temática Infantil. (Tese de

- Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
18. Polanczyk GV, Casella EB, Miguel EC, Reed UC. Attention déficit disorder/hyperactivity: a scientific overview. *Clinics*. 2012;67(10):1125-1126.
 19. Bolfer CPM. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e da atenção antes e depois do uso do metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
 20. Kubas H, Backenson E, Wilcox G, Piercy J, Hale J. The Effects of Methylphenidate on Cognitive Function in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Postgraduate medicine*. 2012;124(5):33-48.
 21. Condemarin M, Gorostegui ME, Milicic N. Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006.
 22. Benczik EBP. Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade e as implicações educacionais. *Revista Direcional Educador*. 2011;7(81):18-23.
 23. Knapp P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Knapp P; et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 19-41.
 24. Pereira AP, León CBR, Dias NM, Seabra AG. Avaliação de crianças pré-escolares: relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. *Revista Psicopedagogia*. 2012;29(90):279-289.
 25. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 26. Pettersen SC, Wainer R. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. São Paulo: Artmed; 2011.
 27. Pereira A, Mattos P. Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Rangé B, Organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 493-507.
 28. Barkley RA. *Attention déficit hyperactivity disorder in adults: the latest assessment and strategies*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
 29. Knapp P; Lyszkowski L; Johannpeter J; Carim D; Rohde LA. *Terapia cognitivo-comportamental no TDAH*. Rohde LA, Mattos P, Organizadores. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 183-197.
 30. Tuckman A. *Integrative treatment for adult ADHD*. Oakland: New Harbinger Publications; 2007.
 31. Friedberg RD, McClure JM. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 32. Vila EM, Silveira JM, Gongora MAN. Ensinando repertório alternativo para clientes que apresenta, padrões comportamentais passivo e hostil. Almeida CG, Organizador. *Intervenções*

- em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida. Campinas: Papirus; 2003. p. 59-81.
33. Beck AT. Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(2):194-198.
 34. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2004;12(2):242-249.
 35. Neufeld CB. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. Rangé B, Organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.737-750.
 36. Rose SD. Psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo. Kaplan MI, Sadock BJ. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 173-180.
 37. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
 38. Yalom ID. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 39. White JR, Freeman AS. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca; 2003.
 40. Neufeld CB, Rangé BP, Organizadores. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências á prática*. Porto Alegre: Artmed; 2017.
 41. Antunes C. *Manual de técnicas de dinâmica de grupo de sensibilização de ludopedagogia*. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
 42. Castilho A. *A dinâmica do trabalho em grupo*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1998.
 43. Lima LO. *Dinâmicas de grupo na empresa, no lar e na escola: grupos de treinamento para a produtividade*. Petrópolis: Vozes; 2005.
 44. Lucchiari DHPS. Planejamento por encontros. In DHPS Lucchiari, Organizador. *Pensando e vivendo a orientação profissional*. 2. ed. São Paulo: Summus; 1993. p. 22-34.
 45. Marcellino NC. *Repertório de atividades de recreação e lazer*. 3 ed. Campinas: Papirus; 2002.
 46. Milicic N. *Abrindo Janelas*. Campinas: Editorial Psy II; 1994.
 47. Miranda S. *Essa você aprende brincando: atividades recreativas para sala de aula*. 3 ed. Campinas: Papirus; 2000.
 48. Ferreira M. *Ação psicopedagógica na sala de aula: uma questão de inclusão*. São Paulo: Paulus; 2001.
 49. Serrão M, Baleiro MC. *Aprendendo a ser e a conviver*. São Paulo: FTD; 1999.
 50. Osório LC. *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre:

Artmed; 2003.

51. Silva RC. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor; 2002.
52. Corey G. Theory and practice of group counseling. Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning; 2000.
53. Corey G, Corey MS, Callanan P, Russell JM. Group techniques. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 2004.
54. Luz JMO, Murta SG, Aquino TAA. Programa de promoção de saúde mental em grupo para adolescentes. Neufeld CB, Organizador. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2015. p 52-71.
55. Morgan WD. Transtorno de déficit de atenção em adultos. White, Freeman. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para população e problemas específicos. São Paulo: Roca; 2003.
56. Cade VN. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. Revista Psiquiatria Clínica. 2001;28(6):300-304.
57. Caballo VE. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Editora Santos; 1999.
58. Bonfati AL, Souza MAM, Wainer R. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças. Piccoloto L, Piccoloto NM, Wainer R. Tópicos especiais em terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
59. Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003;71:3-13.
60. Barrett PM, Pahl KM. School-Based Intervention: examining a universal approach to anxiety management. Australian Journal of Guidance & Counselling. 2006;16:55-75.
61. Stallard P. Guia do terapeuta para os bons pensamentos, bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2007.
62. Bellé AH, Caminha RM. Grupoterapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2005;1(2):103-114.
63. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
64. Caminha MG, Caminha RM. Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil. Porto Alegre: Sinopsys; 2011.
65. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. 2004;17(4):523-533.

8.1. Apêndice 1 - Capítulo de livro: Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentais: filosofia, intervenção e história

BARBOSA, LNF.; NOBREGA, NKB. Psicologia da Saúde e as Terapias Cognitivo Comportamentais: estratégias de promoção de saúde no hospital geral. In: Eleonardo Rodrigues. (Org.). **Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentais: filosofia, intervenção e história**. 1ª Ed. Curitiba: Editora CRV, 2018, v. 1, p. 175-183.

CAPÍTULO 12

PSICOLOGIA DA SAÚDE E AS TERAPIAS COGNITIVO COMPORTAMENTAIS: estratégias de promoção de saúde no hospital geral

*Leopoldo N. F. Barbosa
Nielky K. B. da Nóbrega*

1. Introdução

Cada vez mais, o mundo se preocupa com temáticas e desenvolve ações em torno da saúde global e do bem-estar da população. Contudo, o avanço da tecnologia ainda parece ser inversamente proporcional ao que, de fato, a população necessita, principalmente a que utiliza o sistema público. Nessa direção, as diversas especialidades devem unir esforços para pensar em estratégias de prevenção e intervenção mais efetivas.

Em 2008, Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) publicou um alerta sobre a importância dos cuidados primários à saúde, problematizando a busca de respostas aos desafios de um mundo em mudança. Nesse relatório, 3 pontos foram inicialmente preponderantes.

O primeiro deles destacou o quanto o processo dos avanços da saúde nas últimas décadas tem sido desigual entre os países; o segundo enfatizou o quanto problemas de saúde estão drasticamente se modificando, considerando os efeitos deletérios do envelhecimento populacional, de uma má gestão da urbanização e globalização que contribuem para o aumento da transmissão de doenças e o impacto das doenças crônicas; por fim, embora considerando que os sistemas de saúde não estão isolados, crises políticas e econômicas produzem obstáculos ao acesso a saúde e a prestação de serviços.

Assim, muitas ações de saúde podem se tornar falhas se não puderem ser antecipadas. É neste contexto que ações de prevenção à saúde podem ser desenvolvidas, inclusive no hospital, rotineiramente reconhecido como um lugar de atenção secundária e terciária.

Em geral os hospitais atendem a pacientes que apresentam alguma condição de adoecimento ou agravo a saúde. Neles são realizados procedimentos ambulatoriais, internamentos para cuidados intensivos ou especializados, intervenções cirúrgicas, processos de reabilitação, entre outros. Entretanto, embora diversos questionamentos permaneçam, um deles

9.1. Apêndice 2 - Caracterização e perfil sociodemográfico: Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade no CAPSi em Maceió

NielkyKalliellanya B. da Nóbrega¹
nielkynobrega@hotmail.com
Leopoldo Nelson F. Barbosa¹
leopoldo@fps.edu.br
Carmem Beatriz Neufeld²
cbneufeld@usp.br

¹Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife/PE, Brasil;

²Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto/SP, Brasil

RESUMO

Esse estudo objetiva caracterizar o perfil sociodemográfico e os meios de tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) atendidas em um Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) em Maceió-Al. A coleta de dados foi realizada nos prontuários do serviço no período de junho a novembro de 2018 e entre 700 crianças e adolescentes atendidas no CAPSi, foram identificadas 166 que apresentam TDAH e alguma comorbidade e entre eles, 50 apresentam diagnóstico exclusivo de TDAH. A idade variou de 05 a 18 anos, a maioria é de meninos e apenas 3 não estão frequentando a escola. A maioria faz uso de alguma medicação, principalmente antidepressivos, antipsicóticos e psicoestimulantes e nenhuma recebem suporte psicológico. Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e adolescentes e avaliar a qualidade de assistência prestada podem fornecer subsídios aos profissionais e gestores para possibilitar reflexão sobre as estratégias para um melhor planejamento, organização do serviço e qualidade de vida das crianças e adolescentes com TDAH.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção hiperatividade, crianças, adolescentes, saúde mental.

ABSTRACT

This study aims to characterize the sociodemographic profile and means of treatment of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) treated at a Child Psychosocial Care Center (CAPSi) in Maceió-Al. Data collection was performed in the

records of the service from June to November of 2018 and among 700 children and adolescents attended at the CAPSi, 166 were identified who had ADHD and some comorbidities and among them, 50 had an exclusive diagnosis of ADHD. The age ranged from 05 to 18 years, the majority being boys and only 03 is not attending school. Most make use of some medication, mainly antidepressants, antipsychotics and psychostimulants and none receives psychological support. Knowing the sociodemographic and clinical profile of children and adolescents and evaluating the quality of care provided may provide support to professionals and managers to enable reflection on strategies for better planning, service organization and quality of life of children and adolescents with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Children, Adolescents, Mental Health.

9.2. Introdução

A saúde mental de crianças e de adolescentes tornou-se um tema primacial nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde¹ em função da desigualdade da atenção dedicada a esta faixa etária quando comparada à atenção dedicada às etapas de desenvolvimento do adulto e idoso. A falta de reconhecimento da importância da saúde mental na infância e adolescência pode ocasionar consequências negativas no transcurso do desenvolvimento, afetando a capacidade produtiva e a inserção social desses indivíduos quando adultos, refletindo-se no nível social e econômico das coletividades².

O Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos da infância mais estudados e controversos. O DSM-5⁵ classifica o TDAH como um Transtorno do Neurodesenvolvimento. Sua característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento¹. O TDAH é composto por uma tríade clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁵, a *desatenção* manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização; a *hiperatividade* refere-se atividade motora excessiva e a *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa.

A prevalência do TDAH ocorre em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental. Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade sendo que a desatenção fica mais

proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, os sinais de hiperatividade são menos comuns, observa-se com maior frequência o comportamento irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na fase adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática⁵.

A etiologia do TDAH é ainda complexa. Não existe uma causa única perfeitamente estabelecida, porém, existem várias evidências que foram acumuladas com as descobertas científicas das últimas décadas⁶. A hereditariedade é um fator comprovado pelas pesquisas genéticas, e outras evidências estariam relacionadas a fatores pré e perinatais adversos que geram uma disfunção de neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) responsáveis por modular o córtex pré-frontal. Como possíveis causas encontram-se: a prematuridade, o sofrimento fetal ao nascer, o uso de drogas e álcool pela mãe durante a gestação, o trauma perinatal e a exposição do neonato ao chumbo³.

Os fatores neurológicos e genéticos são os principais fatores predisponentes para o TDAH, no entanto fatores precipitantes (ambiente e temperamento) devem ser avaliados juntamente com os fatores perpetuadores e protetores (escola)⁷. Uma das teorias em maior evidência é a de que os sintomas do TDAH estão relacionados às funções executivas, secundárias a um déficit do controle inibitório⁸. As funções executivas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, centrais para o auto-controle, que estão relacionadas à capacidade de uma pessoa de se engajar em comportamentos orientados à realização de ações voluntárias, autônomas, auto-organizadas e direcionadas a objetivos específicos⁶.

Parece haver consenso de que sua etiologia é multifatorial. Envolve fatores neurobiológicos e ambientais que atuam de maneira extremamente complexa e trata-se de um problema de saúde mental bastante frequente em crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo. As características clínicas são marcadas por diferentes graus de gravidade dos sintomas e, muitas vezes, há presença de comorbidades como ansiedade, depressão, problemas de conduta e comportamento de oposição desafiante⁹. Tendo em vista os prejuízos funcionais, assim como um prognóstico desfavorável sem tratamento, orientações práticas para o tratamento devem ser estabelecidas. Primariamente o tratamento é medicamentoso, no entanto o tratamento combinado entre farmacoterapia tratamento psicológico e intervenções psicossociais apresenta respostas favoráveis³.

Negligenciar o TDAH não favorece os sintomas primários e podem ampliar os prejuízos subsequentes que irão interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas. Em especial no que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde de crianças com TDAH, os

autores Klassen, Miller e Fine¹⁰ consideram que as crianças com TDAH apresentam uma saúde física comparável à das crianças ditas como normais, porém, mostrando déficits importantes nos seguintes domínios: limitações de papéis sociais, como resultado de problemas emocionais e de conduta, problemas de saúde mental e de autoestima. Os problemas de crianças com TDAH evidenciavam um impacto significativo na saúde emocional dos pais e interferiam nas atividades cotidianas e na coesão familiar¹⁰.

A literatura neurocientífica¹¹ tem sido prolífica em apontar as relações causais entre circunstâncias adversas durante o desenvolvimento infantil e desfechos problemáticos na vida adulta. Sabe-se, por exemplo, que ambientes de baixo status socioeconômico no início da vida estão associados a comprometimentos no desenvolvimento neurocognitivo, a insucessos acadêmicos e a diversos transtornos mentais.

No Brasil, ao buscar as ações de proteção e cuidado aos cidadãos nessa fase mais vulnerável identificam-se que são recentes as experiências de assistência em saúde mental infanto juvenil norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pela política do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, já se percebem progressos com a criação de novos dispositivos específicos, destinados a acolher e tratar crianças e adolescentes com sofrimento mental, principalmente em momentos de crise, destacando-se os Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), regulamentado em 2002 pela Portaria 336 do Ministério da Saúde¹².

Grande parte dos participantes que buscam os serviços de saúde mental é composta por crianças e adolescentes, a maior parte do sexo masculino, sendo a queixa de maior incidência o mau desempenho acadêmico, seguido de comportamento agressivo e desobediência em casa e na escola¹³.

Diante da escassez de pesquisas publicadas sobre o tema, especialmente em Alagoas, já que se trata de um problema de saúde pública cuja incidência cresce a cada dia, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil sociodemográfico e os meios de tratamento de crianças com TDAH atendidas no Centro de Assistência Psicossocial Infantil – CAPSi, fornecer subsídios aos profissionais e possibilitar reflexão sobre as estratégias, contribuindo assim, para um melhor planejamento, organização do serviço e qualidade de vida das crianças e adolescentes com TDAH.

9.3. Métodos

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2018 nos prontuários de um CAPSi que faz parte da rede de assistência do Serviço Único de Saúde (SUS) em Maceió, Alagoas. Todos os portadores de TDAH foram diagnosticados por psiquiatra do CAPSi de acordo com os critérios do DSM-5. As informações coletadas foram digitadas com dupla entrada em uma planilha de dados do Excel. Ao término da digitação, o banco de dados foi revisado e corrigido eventuais diferenças e inconsistências de informações. A análise dos dados foi efetuada considerando dados descritivos, apresentando-os em médias e porcentagens. Foram construídas tabelas e gráficos de distribuição de frequência das variáveis estudadas. O estudo atendeu a todos os requisitos determinados pelas resoluções 466/12 e 510/16 da CONEP e a pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS vide número do parecer 2.624.083 e CAAE 86753018.0.0000.5569.

9.4. Resultados

Entre os registros no serviço encontram-se cadastradas 2.658 crianças e adolescentes, contudo, no momento da coleta, estavam em acompanhamento no CAPSi são 700 crianças e adolescentes. Entre elas foram identificadas 166 crianças e adolescentes que apresentam TDAH e as comorbidades psiquiátricas. As crianças e adolescentes são atendidas por uma equipe multiprofissional de 57 profissionais. Este quantitativo de profissionais por categoria é formado por: 07 agentes de ação social, 01 agente de gestão, 07 assistentes de administrativo, 04 assistentes sociais, 01 artesã, 06 cuidadores em saúde, 03 educadores físicos, 02 enfermeiras, 02 farmacêuticos, 02 fonoaudiólogo, 01 gerente administrativo, 01 merendeira, 01 nutricionista, 01 pedagoga, 01 pediatra, 07 psicólogos, 03 psiquiatras, 04 técnicos de enfermagem e 03 terapeutas ocupacionais. O tratamento psiquiátrico ocorre com frequência bimestral e o psicológico semanalmente a alguns usuários conforme indicação terapêutica e disponibilidade. São realizadas oficinas semanais em grupo multiprofissional.

A Tabela 1 descreve o perfil sociodemográfico e tempo de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas no CAPSi em Maceió-AL, em dois grupos. O Grupo 1, com a descrição das de todas as crianças com diagnóstico de TDAH e o Grupo 2, composto por 50 crianças que apesar de descritas no grupo anterior, apresentam diagnóstico exclusivo de TDAH sem outras comorbidades psiquiátricas.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e tempo de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas em um CAPSi em Maceió, AL.

| Variáveis | Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166) | | Grupo 2: TDAH exclusive (N=50) | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Idade | 10,81 ($\pm 3,12$) | | 10,18 ($\pm 2,87$) | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 24 | 14,4 | 10 | 20,0 |
| Masculino | 142 | 85,6 | 40 | 80,0 |
| Etnia | | | | |
| Branco | 32 | 19,3 | 11 | 22,0 |
| Negro | 13 | 7,9 | 6 | 12,0 |
| Pardo | 121 | 72,8 | 33 | 66,0 |
| Escolaridade | | | | |
| Pré-Escolar | 13 | 7,9 | 3 | 6,0 |
| Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) | 116 | 69,8 | 39 | 78,0 |
| Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) | 31 | 18,7 | 7 | 14,0 |
| Ensino Médio | 2 | 1,2 | 1 | 2,0 |
| Educação de Jovens e Adultos (EJA) | 1 | 0,6 | - | - |
| Fora da Escola | 3 | 1,8 | - | - |
| Localidade | | | | |
| Maceió | 164 | 98,8 | 50 | 100 |
| Interior do estado | 2 | 1,2 | - | - |
| Tempo de Tratamento no CAPSi | | | | |
| 04 a 06 meses | 6 | 3,6 | 4 | 8,0 |
| 07 a 09 meses | 9 | 5,4 | - | - |
| 10 a 11 meses | 4 | 2,4 | - | - |
| 01 a 03 anos | 97 | 58,4 | 36 | 72,0 |
| 04 a 06 anos | 32 | 19,3 | 5 | 10,0 |
| 07 a 09 anos | 11 | 6,6 | 5 | 10,0 |
| 10 anos ou mais | 7 | 4,2 | - | - |

Fonte: Autor

A idade das crianças e adolescentes variou de 5 a 18 anos e entre as 166, 24 (14,4%) são mulheres e 142 (85,6%) homens, predominantemente pardos (72,8%). Apenas 3 (1,8%) não frequentavam a escola. Predominaram crianças e adolescentes pardos. Em relação à etnia do Grupo 1, 121 (72,8%) são pardos, 32 (19,3%) brancos e 13 (7,9%) são negros e no Grupo 2, 33 (66%) são pardos, 11 (22%) brancos e 6 (12%) são negros, respectivamente. A maioria do Grupo 1, 164 (98,8%), é da capital e embora o tempo de tratamento seja variável, a maioria realiza tratamento a mais de um ano, sendo 97 (58,4%), a mais de três anos 32 (19,3%), a mais de seis anos 11 (6,6%) e com dez anos ou mais de tratamento 7 (4,2%). No grupo 2, 50 (100%), moram na capital e apesar de variações no tempo de tratamento, a maior parte realiza tratamento a mais de um ano, sendo 36 (72%), a mais de três e seis anos respectivamente 5

(10%) cada um e nenhuma criança e adolescente encontra-se em tratamento no grupo 2 por mais de nove anos.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das comorbidades psiquiátricas no Grupo 1, composto por todas as crianças atendidas com diagnóstico de TDAH e comorbidades e o Grupo 2, contido no grupo anterior, porém com diagnóstico exclusivo de TDAH. Como diagnóstico principal no Grupo 1, 132 (79%) apresentam distúrbios de atividade de atenção e 34 (20%) transtorno hiperkinético de conduta e no Grupo 2, 42 (84%) e 8 (16%), respectivamente.

Tabela 2: Caracterização do diagnóstico principal e comorbidades psiquiátricas de crianças e adolescentes com TDAH atendidos em um CAPSi em Maceió, AL.

| Variáveis | Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166) | | Grupo 2: TDAH exclusivo(N=50) | |
|--|--------------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Diagnóstico psiquiátrico principal | | | | |
| F 90.0 Distúrbios de atividade e de atenção | 132 | 79,0 | 42 | 84,0 |
| F 90.1 Transtorno hiperkinético de conduta | 34 | 20,0 | 8 | 16,0 |
| Comorbidades | | | | |
| F 12.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – síndrome (estado) de abstinência. | 1 | 0,6 | - | - |
| F 29 Psicose não orgânica não especificada | | | | |
| F 31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado | 1 | 0,6 | - | - |
| F 32.1 Episódio depressivo moderado | 1 | 0,6 | - | - |
| F 40.9 Transtorno fóbico-ansioso não especificado | 1 | 0,6 | - | - |
| F 41 Outros transtornos ansiosos | 1 | 0,6 | - | - |
| F 51.3 Sonambulismo | 1 | 0,6 | - | - |
| F 51.4 Terrores noturnos | 2 | 1,2 | - | - |
| F 54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte | 1 | 0,6 | | |
| F 60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional | 1 | 0,6 | - | - |
| F 63.8 Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos | 2 | 1,2 | - | - |
| F 70 Retardo mental leve | 3 | 1,8 | - | - |
| F 70.0 Retardo mental leve – menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento | 3 | 1,8 | - | - |
| F 70.1 Retardo mental leve – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento | 7 | 4,2 | - | - |
| F 71 Retardo mental moderado | 4 | 2,4 | - | - |
| F 71.1 Retardo mental moderado – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento | 3 | 1,8 | - | - |
| F 80.0 Transtorno específico de articulação da fala | 1 | 0,6 | - | - |
| F 81 Transtornos específicos do desenvolvimento | 1 | 0,6 | - | - |

| | | | | |
|---|----|------|---|---|
| das habilidades escolares | | | | |
| F 81.3 Transtorno misto de habilidades escolares | 5 | 3,0 | - | - |
| F 81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares | 3 | 1,8 | - | - |
| F 84.0 Autismo Infantil | 2 | 1,2 | - | - |
| F 84.1 Autismo Atípico | 1 | 0,6 | - | - |
| F 84.5 Síndrome de Asperger | 1 | 0,6 | - | - |
| F 91 Distúrbio de conduta | 17 | 12,8 | - | - |
| F 91.1 Distúrbio de conduta não socializado | 27 | 16,2 | - | - |
| F 91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado | 1 | 0,6 | - | - |
| F 91.3 Distúrbio desafiador e de oposição | 34 | 25,5 | - | - |
| F 92.8 Outros transtornos mistos de conduta e das emoções | 1 | 0,6 | - | - |
| F 93.9 Transtorno emocional da infância não especificado | 1 | 0,6 | - | - |
| G 40 Epilepsia | 4 | 3,0 | - | - |
| G 43 Enxaqueca | 1 | 0,6 | - | - |
| G 43.9 Enxaqueca, sem especificação | 1 | 0,6 | - | - |

Fonte: Autor

Entre as comorbidades do Grupo 1, os distúrbios de conduta foram os mais frequentes. O distúrbio desafiador de oposição foi descrito em 34 (25,5%) dos participantes, o distúrbio de conduta não socializado em 27 (16%) e o distúrbio de conduta em 17 (12,8%).

A Tabela 3 apresenta a descrição dos fármacos em uso no tratamento pelas crianças e adolescentes nos dois grupos. Sendo o Grupo 1 composto por toda a amostra e o Grupo 2 pelas crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH exclusivo.

Tabela 3: Medicamentos utilizados no tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidos em um CAPSi em Maceió, AL.

| Fármacos | Grupo 1: TDAH e comorbidades (N=166) | | Grupo 2: TDAH exclusivo (N=50) | |
|--|--------------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Antidepressivo | | | | |
| Amitriptilina | 75 | 21,6 | 17 | 18,3 |
| Fluoxetina | 24 | 6,9 | 7 | 7,5 |
| Carbonato de lítio | 1 | 0,3 | 1 | 1,1 |
| Pamelor | 1 | 0,3 | - | - |
| Citalopram | 7 | 2,0 | - | - |
| Anticonvulsivante e Ansiolítico | | | | |
| Rivotril | 1 | 0,3 | - | - |
| Clonazepam | 9 | 2,6 | 1 | 1,1 |
| Antipsicótico | | | | |
| Haldol | 5 | 1,4 | 1 | 1,1 |
| Risperidona | 101 | 29,0 | 31 | 33,3 |
| Clorpromazina | 2 | 0,6 | - | - |

| | | | | |
|-----------------------------------|----|------|----|------|
| Antipsicótico Neuroléptico | | | | |
| Maleato de Levomepromazina | 6 | 1,7 | - | - |
| Neozine | 2 | 0,6 | 1 | 1,1 |
| Neuleptil | 6 | 1,7 | 1 | 1,1 |
| Antiepilépticos | | | | |
| Valproato de Sódio | 3 | 0,9 | 1 | 1,1 |
| Carbamazepina | 16 | 4,6 | 1 | 1,1 |
| Fenobarbital | 3 | 0,9 | - | - |
| Oxcarbazepina | 2 | 0,6 | - | - |
| Topiramato | 2 | 0,6 | - | - |
| Anticolinérgico | | | | |
| Biperideno | 4 | 1,1 | - | - |
| Psicoestimulante | | | | |
| Ritalina | 64 | 18,4 | 25 | 26,9 |
| Concerta | 4 | 1,1 | 1 | 1,1 |
| Outros | | | | |
| Tarantulahispânica | 2 | 0,6 | 1 | 1,1 |
| Permanganato de potássio | 1 | 0,3 | 1 | 1,1 |
| Barytacarbônica | 1 | 0,3 | - | - |
| SemMedicação | | | | |
| Avaliação | 4 | 1,2 | 2 | 2,2 |
| Acolhimento | 2 | 0,6 | | |

Fonte: Autor

Apesar da variação, a maioria das crianças e adolescentes dos dois grupos utilizam algum antidepressivo e antipsicótico. Entre os psicoestimulantes, 64 (18,4%) integrantes do Grupo 1 e 25 (26,9) do Grupo 2 utilizam Ritalina. Apenas 06 crianças do Grupo 1 e 2 do grupo 2 estão sem medicação pois estão em processo de avaliação ou acolhimento no CAPSi.

9.5. Discussão

Os dados referentes ao sexo são similares com outro estudo realizado numa unidade de saúde ligada ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que teve como objetivo conhecer as características e queixas comportamentais e emocionais mais frequentes da clientela infantil atendida nesse serviço e apontou também um número maior de meninos na sua amostra¹⁴.

As crianças com problemas externalizantes (como agressividade e TDAH) apresentam maior probabilidade de ser encaminhadas para serviços de saúde mental que as com problemas internalizantes (ansiedade e depressão). Como a prevalência de problemas externalizantes é maior entre os meninos, isso pode justificar o número superior de crianças

do sexo masculino atendidas em serviços de saúde mental¹⁵. Essa combinação entre o sexo masculino e o TDAH tem sido ressaltada por alguns estudos populacionais devido à diferença da proporção entre sexo masculino e feminino. Provavelmente, essa diferença se deve ao fato de meninas apresentarem menos sintomas de agressividade/impulsividade e conduta, causando menos incômodo a família e à escola, fazendo com que elas sejam menos encaminhadas ao tratamento¹⁶. No nosso estudo foi demonstrado uma prevalência para as meninas no grupo 1 de 14,4% e 20,0% no grupo 2, prevalecendo um percentual maior no grupo masculino.

No que se refere à idade das crianças e adolescentes, o CAPSi atende pacientes até os 18 anos, porém alguns deles, ao completarem a idade limite, permanecem em atendimento, devido ao caráter crônico do diagnóstico que apresentam. Em relação à escolaridade, verificou-se maior prevalência no ensino fundamental⁵ (1º ao 5º ano). Estudo em São Paulo, realizado em ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência, no CAISM – ISCMSP¹⁶ em usuários diagnosticados com TDAH e comorbidades e apenas TDAH estavam em tratamento no serviço por um período de até 03 anos, no nosso estudo encontramos uma predominância nesse tempo de acompanhamento, porém, chama a atenção um quantitativo importante em acompanhamento por um tempo superior a 3 anos.

Com relação aos dados sociodemográficos, o que chama a atenção é que a maioria dos pacientes não mora na região do CAPSi. Trata-se do único serviço especializado no município e a carência de outras unidades provavelmente é um fator que contribui para a compreensão da relação entre local de moradia e localização do serviço. A distância do local de atendimento ocasiona uma dificuldade de deslocamento; pois se refere uma população empobrecida e o custo relativo ao transporte também representa um fator que interfere na adesão ao tratamento. Esses dados são semelhantes ao estudo desenvolvido no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência em São Paulo¹⁶.

O TDAH, identificado como o mais prevalente neste estudo, também foi identificado por Machado e colaboradores¹⁷. É apontado como o diagnóstico realizado com maior frequência em serviços de saúde mental, responsável por altos custos em serviços de saúde no mundo. Trata-se de um problema crônico e que persiste, na maior parte dos casos além da infância¹⁸.

Thiengo, Cavalcante e Lovisi¹⁶, observaram que os transtornos mais frequentes entre crianças e adolescentes são: depressão, transtornos de ansiedade, TDAH e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalência variaram entre os estudos: depressão – 0,6% e

30%; transtornos de ansiedade – 3,3% e 32,3%; TDAH – 0,9% e 19% e transtorno de conduta – 1,8% e 29,2%.

O TDAH apresenta altas taxas de comorbidades, as principais identificadas nesse estudo foram: transtorno de conduta e transtorno desafiador opositor. De acordo com pesquisa realizada no Hospital Universitário em Taiwan, na infância o TDAH estava associado a um maior risco de transtorno desafiador opositor, transtorno de conduta e distúrbios do sono. A maior duração do uso de medicamentos foi associada a menores riscos de transtornos do humor e distúrbios do sono. Crianças com TDAH e tratamento medicamentoso também pode ser útil para minimizar os riscos de quadros psiquiátricos na vida adulta, diminuindo o comprometimento social e melhorando a qualidade de vida¹⁹.

Intervenções psicofarmacológicas para depressão, ansiedade, bem como TDAH aumentaram dramaticamente nas últimas duas décadas. De acordo com a perspectiva da atenção primária e da saúde pública, o diagnóstico e o tratamento eficaz dessas condições são fundamentais para evitar morbidade e diminuir a probabilidade de desenvolvimento de psicopatologias secundárias²⁰.

A intervenção farmacológica é amplamente utilizada como principal opção de tratamento para o TDAH, tendo em vista sua natureza biológica. Esses indivíduos apresentam alterações na região pré-frontal direita, nos gânglios da base e no cerebelo, além de disfunção em neurotransmissores como noradrenalina e dopamina. Estimulantes como o metilfenidato são prescritos para regular as funções cerebrais associadas e controlar os sintomas associados de TDAH²¹. Os medicamentos estimulantes são considerados intervenções psicofarmacológicas de 1ª linha para tratamento de TDAH em crianças e adolescentes por apresentarem eminentemente eficácia^{22, 20}.

O estudo multimodal realizado com pré-escolares sobre tratamento com medicações estimulantes mais intervenções psicossociais influenciaram as diretrizes usadas para tratar o TDAH²⁰. No tratamento multimodal destaca-se o papel da farmacoterapia no manejo de muitos pacientes pediátricos com TDAH. Em pré-escolares apenas crianças com TDAH que demonstraram sintomas significativamente prejudiciais receberam metilfenidato de liberação imediata ou placebo. O metilfenidato foi significativamente mais eficaz do que o placebo no tratamento de pré-escolares. No entanto crianças com menos de 6 anos parecem ter tamanhos de efeitos menores e mais efeitos colaterais com estimulantes que crianças maiores. O especificador do TDAH parece ser um importante preditor para resposta ao tratamento. Crianças com sintomas de hiperatividade e TDAH apresentaram melhor resultado com

medicamentos estimulantes em comparação com crianças com TDAH sem sintomas de hiperatividade²⁰.

Em relação às comorbidades de pré escolares com TDAH que apresentaram três ou mais comorbidades foi preditivo de ausência a resposta à terapia com estimulantes. Porém crianças em idade escolar com ansiedade comorbida e TDAH no tratamento multimodal obtiveram maior benefício da terapia comportamental do que aquelas com TDAH isoladamente, embora ambos os grupos apresentem respostas semelhantes ao tratamento medicamentoso. Transtornos concomitantes do uso de substâncias são associados à pior resposta ao tratamento com estimulantes²⁰.

A adesão ao tratamento com estimulantes é essencial para uma resposta. No entanto fatores como conhecimento, crenças dos pais, experiências anteriores da criança com eventos adversos ou medicamentos ineficazes devem ser explorados e tratados clinicamente com a criança e sua família evitando que os mesmos limitem a adesão²⁰. De acordo com o serviço investigado, a grande maioria dos pacientes só recebe acompanhamento psiquiátrico. O suporte de outros profissionais na área de saúde mental é insuficiente e a existência de novos equipamentos de reabilitação psicossocial é ainda uma demanda a ser alcançada.

Na caracterização populacional investigada neste estudo, alguns dados não foram evidenciados devido à ausência ou perdas de informações em diversos tópicos, especialmente naqueles ligados aos dados psicossociais. Entretanto, apesar das limitações do estudo, considerou-se importante o compartilhamento dos achados como forma de contribuir para o debate sobre a necessidade de avanço em estratégias metodológicas de avaliação de crianças e adolescentes com TDAH no SUS, investimento por parte do CAPSi e gestores da saúde mental, na produção de informação qualificada sobre serviço, clientela, modos de atendimento, efetividade da atenção e demais temas pertinentes ao compromisso do SUS com o melhor cuidado da população infanto-juvenil.

9.6. Conclusão

Conhecer o perfil de demandas de crianças e adolescentes com TDAH é um trabalho minucioso. A sobreposição de sintomas e as comorbidades psiquiátricas desta condição clínica requerem suporte profissional interdisciplinar. Chama à atenção a precariedade na oferta de atendimento público em saúde mental para população infanto-juvenil, em especial quando se observa, na situação estudada, a presença de um único CAPSi para toda população do município. Refletir sobre as políticas de saúde mental na infância e adolescência torna-se vital pois cuidar precocemente de crianças que apresentam alguma dificuldade é fundamental para

diminuir dificuldades na sua inserção educacional e profissional no futuro, bem como custos com a saúde da população. Crianças e adolescentes que apresentam apenas TDAH não necessariamente necessitam estar inseridas em um CAPSi, mas necessitam de avaliação especializada, psicoterapia (individual ou grupo), orientação aos pais/responsáveis e as escolas. Assim, estudos desta natureza contribuem para que programas específicos possam ser desenvolvidos e inseridos em outros contextos para não sobrecarregar os serviços.

9.7. Referências

1. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO Directions. Geneva; 2003.
2. Ramires VRR, Benetti SPC, Silva FJL, Flores GG. Saúde Mental de Crianças no Brasil: uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*. 2009;13:311-322.
3. Louzã MR, et al. TDAH ao longo da vida: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2009.
4. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp, 1994.
5. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. Mattos P. No mundo da lua (Perguntas e respostas sobre TDAH, em crianças, adolescentes e adultos). São Paulo: Lemos Editorial; 2015.
7. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [online]. 2000;22:07-11.
8. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: TDAH guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Neufeld CB. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2015.
10. Klassen AF, Miller A, Fine S. (2004) Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention – déficit/hyperactivity disorder. *Pediatr*. 2004;144(5):541-547.
11. Hackman DA, Farah MJ, Meaney MJ. Socioeconomic status and the brain: Mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*. 2010;11:651-659.
12. Brasil. Legislação em saúde mental 1990-2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde;2002.
13. Ferreira THS, Silva DA, Farias MA, Silvares EFM. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*. 2002;7:73-82.

14. Santos PL. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*. 2006;11:315-321.
15. Counselling Directory. Key statistics about children and young people. [publicação online]. Surrey, UK; 19 Feb 2016.
16. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014;63(4):360-372.
17. Machado CM, Luiz AMAG, Marques-Filho AB, Myiazaki MCOS, Domingos NAM, Cabrera EMS. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 2014;16:53-62.
18. American Academy of Pediatrics. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1-16.
19. Tsai FJ, Tseng WL, Yang LK, Gau SSF. Psychiatric comorbid patterns in adults with attention-deficit-hyperactivity disorder. Treatment effect and subtypes. *PLoS ONE*. 2019;14(2): e0211873.
20. Strawn JR, Dobson ET, Giles LL. Primary pediatric care psychopharmacology: focus on medications for ADHD, Depressions, and Anxiety. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*. 2017;47(1):3-14.
21. Chan SKC, Zhang D, Bögels SM, Chan CS, Lai KYC, Lo HHM, et al. Effects of a mindfulness-based interventions (MYmind) for children with ADHD and the ir parents: protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8:e 022514.
22. Núñez BM. Update the Multimodal Treatment of ADHD (MTA): twenty years of lessons. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019; 47(1):16-22.

10.1. Apêndice 3 - Efeitos de uma intervenção cognitivo comportamental em grupo de crianças com TDAH.

Nielky Kalliellanya B. da Nóbrega¹

nielkynobrega@hotmail.com

Leopoldo Nelson F. Barbosa¹

leopoldo@fps.edu.br

Carmem Beatriz Neufeld²

cbneufeld@usp.br

¹Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife/PE, Brasil;

²Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto/SP, Brasil

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) é um problema de saúde mental bastante frequente em crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo. **Objetivo:** Avaliar a efetividade de uma intervenção em grupo fundamentada na Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento de crianças com TDAH atendidas em um Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) em Alagoas. **Método:** Utilizou-se um estudo de intervenção com delineamento de avaliação tipo antes e depois. Para composição do grupo foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada, SNAP-IV e Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), o projeto foi avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, conforme parecer registrado sob protocolo n. 2.624.083. **Resultados:** Participaram 05 crianças, com idades entre 06 e 08 anos com diagnóstico exclusivo de TDAH, atendimento regular no CAPSi e matriculadas na escola. A intervenção consistiu sete encontros, sendo uma entrevista inicial, cinco sessões de intervenção em grupo, com duração de cinco semanas e após 5ª sessão, as crianças foram reavaliadas com os mesmos instrumentos da entrevista inicial. O grupo controle participou apenas da entrevista inicial e da reavaliação. A análise dos dados foi efetuada considerando dados descritivos, apresentando-os em médias e porcentagens. A discussão desses resultados a luz da terapia cognitivo comportamental em grupo é relevante devido à sua eficácia no tratamento a esse público e importância para prevenção e promoção da saúde mental na infância.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção hiperatividade, Crianças, Intervenção, Terapia cognitivo-comportamental, Grupo.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a very common mental health problem in children, adolescents and adults worldwide. Thus, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of a group intervention based on Cognitive Behavioral Therapy for the treatment of children with ADHD seen at a Child Psychosocial Care Center (CAPSi) in Maceió-AL. An intervention study with a before and after evaluation design was used. Participated 10 children (05 children comprised the pilot group in which the intervention was performed and 05 the group that did not receive intervention), aged between 05 and 16 years. were in follow-up at the institution with an exclusive diagnosis of ADHD, regularly enrolled in school and in follow-up with their parents. The group intervention was carried out at CAPSi and consisted of seven meetings: 01 initial interview, 5 group intervention sessions, lasting five weeks and after the fifth session, the children were reevaluated with the same instruments as the initial interview. The control group participated only in the initial interview and the reevaluation. Data analysis was performed considering descriptive data, presenting them as means and percentages. The discussion of these results in the light of group cognitive behavioral therapy is relevant due to its effectiveness in treating this group and its importance in preventing and promoting mental health in childhood.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, Children, Intervention, Cognitive behavioral therapy, Group.

10.2. Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH), é a condição neuropsiquiátrica mais prevalente na infância, estima-se uma prevalência mundial de cerca de 5% das crianças em idade escolar¹.

O TDAH é definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹ (DSM-5), como um transtorno do neurodesenvolvimento, por meio de 18 sintomas que compõem dimensões de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Para que seja diagnosticado com TDAH, o indivíduo deve apresentar por um período mínimo de seis meses, seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade. Os sintomas devem estar presentes

antes dos 12 anos de idade, em dois ou mais contextos, haver claras evidências de comprometimento clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, não ocorrer exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não ser mais bem explicado por outro transtorno mental. O nível de intensidade do quadro pode variar de leve, moderado a grave, conforme descreve o DSM-5¹.

O reconhecimento do TDAH é feito através da história clínica do indivíduo e com informações que possam ser obtidas com parentes e professores². O uso de escalas, entrevistas semiestruturadas e avaliação neuropsicológica podem oferecer informações complementares úteis. Desse modo, a utilização desses instrumentos associados a relatos de parentes e da escola podem aumentar a segurança das informações e do diagnóstico³.

A etiologia do TDAH é ainda complexa e apesar de diferentes hipóteses terem sido desenvolvidas nos últimos anos, evidências fortes apontam para fatores neurológicos e genéticos como os principais fatores predisponentes para o TDAH². Uma das teorias em maior evidência é a de que os sintomas do TDAH estão relacionados às disfunções executivas, secundárias a um déficit do controle inibitório². As funções executivas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, centrais para auto-controle, que estão relacionadas à capacidade de uma pessoa de se engajar em comportamentos oriundos à realização de ações voluntárias, autônomas, auto-organizadas e direcionadas a objetivos específicos⁴. Elas podem ser divididas em cinco classes: inibição, memória de trabalho verbal, memória de trabalho não verbal, autorregulação (afetiva, motivacional, excitatória) e reconstituição (planejamento e resolução de problemas)⁵.

Há consenso de que a etiologia do TDAH é multifatorial, pois envolve fatores neurobiológicos e ambientais que atuam de maneira extremamente complexa. É um problema de saúde mental sério comum em crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo⁶. No decorrer do desenvolvimento, o TDAH está associado a risco aumentado de mau desempenho escolar, reprovações, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso precoce de drogas, entre outros, tornando crescente a importância de pesquisas sistemáticas nas formas de diagnóstico e intervenção⁷. Visando os prejuízos funcionais, assim como um prognóstico desfavorável sem tratamento, orientações práticas para o tratamento devem ser estabelecidas.

O tratamento farmacológico é decisivo para melhora dos sintomas primários do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade)⁸. Entre os fármacos, os estimulantes são a primeira escolha para o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH⁹. Contudo,

sintomas como baixa autoestima, problemas interpessoais, receio ou relutância de aprender e envolver-se com novas atividades acadêmicas, dificuldades com organização e planejamento não atenuam apenas com o tratamento medicamentoso e podem permanecer comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos com o transtorno⁸. Para possibilitar a redução dos sintomas e a melhoria do funcionamento geral do indivíduo, abordagens de tratamento multimodal que envolva capacidades de organização, planejamento, resolução de problemas, habilidades sociais, entre outras, têm sido cada vez mais indicadas¹⁰.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é citada na literatura internacional como a principal modalidade não medicamentosa para o tratamento do TDAH, aliada ao trabalho de orientação de pais⁶. Deriva do modelo cognitivo de Aaron Beck e compartilha alguns pressupostos básicos: 1) os pensamentos podem ser monitorados e alterados; 2) os pensamentos influenciam as emoções e o comportamento; e 3) mudanças nos pensamentos determinam mudanças de comportamento. Desse modo, a TCC trabalha com a identificação e a reestruturação do processo cognitivo como um todo¹¹.

É a abordagem psicoterapêutica com maior base empírica¹² e suas intervenções incluem componentes cognitivos e comportamentais. Entre as estratégias de TCC que podem ser aplicadas em crianças com TDAH lista-se: psicoeducação, treino de autoinstrução, atividade em resolução de problemas, modelação e dramatização, automonitoramento, planejamento e cronogramas, registro de pensamentos disfuncionais, treinamento de pais e orientação para professores⁸.

A psicoeducação é considerada uma técnica funcional em todos os âmbitos que envolvem a necessidade de informação, orientação e mudanças no campo cognitivo e comportamental¹³. O treino em resolução de problemas é um dos mais utilizados para o tratamento do TDAH, pois permite atuar sobre o comportamento inibitório deficiente dos pacientes, a tendência a agir antes de pensar¹⁴. A resolução de problemas consiste em cinco passos básicos. O passo 1 envolve a identificação do problema em termos específicos e concretos; o passo 2, a criança é ensinada a gerar soluções alternativas; o passo 3 é uma avaliação de opções; o passo 4, após a consideração deliberada de cada solução, o terapeuta e a criança planejam a melhor a implementação da melhor solução. Por fim, recompensar a experimentação bem-sucedida com soluções alternativas caracteriza o passo 5¹⁵.

A estratégia de treinamento de pais ou orientação de pais é um recurso que oferece a eles e aos cuidadores repertórios comportamentais adequados na interação com seus filhos¹⁶. Gomide¹⁷ aponta que o apoio e o amor devem ser a base para criação dos filhos, e que é de grande importância que os pais demonstrem afeto e carinho para com a criança. Além disso, é

essencial a participação por igual de ambos os cônjuges ou responsáveis nas atividades educacionais¹⁸.

As primeiras formas de TCC foram aplicadas principalmente no contexto individual. Contudo, atualmente essa abordagem psicoterápica tem sido empregada nas mais diversas práticas e modalidades de intervenção, tanto na perspectiva individual como em grupos. O modelo de terapia em grupo possibilita tratar um maior número de pacientes, sendo recomendado por apresentar menores custos para os sistemas públicos de saúde¹⁹. Gerir pessoas em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) envolve considerar dois pressupostos básicos: 1) que o grupo constitui um sistema no qual as técnicas serão administradas e 2) para o grupo em TCC ser efetivo, ele deve obedecer ao requisito da homogeneidade²⁰.

Os terapeutas em TCCG precisam estar atentos aos aspectos técnicos e processuais, desde sua composição até sua execução⁶. O primeiro passo fundamental para aplicabilidade da TCCG refere-se à seleção e avaliação dos participantes do grupo²¹. Nesse primeiro momento, é fundamental estabelecer os critérios de exclusão e inclusão dos participantes²². O número de participantes é um ponto de especial atenção no momento de composição dos grupos⁶. Em sua formação os grupos contam com três profissionais: um terapeuta, um coterapeuta e um observador²³. É primordial na escolha das estratégias de avaliação, definição do objetivo do grupo e modalidade de grupo a ser conduzido: apoio, psicoeducação, orientação e treinamento, ou terapêutico²⁰.

É importante que os terapeutas tenham em mente que as técnicas, por si só, não são suficientes para um bom aproveitamento dos grupos, uma vez que seu sucesso resulta de uma complexa combinação de processo e técnica na situação grupal. O trabalho com a população infantojuvenil deve envolver o uso da criatividade, de forma que os conteúdos possam ser transmitidos de maneira que os alcancem⁶.

Considerando os estudos realizados em grupo, poucos são os estudos de evidências publicados sobre o tratamento do TDAH associado à TCC no Brasil e na América Latina. Conhecemos um único manual de tratamento existente para nossa população, composto por 12 sessões aplicado individualmente, porém sem nenhum estudo científico testando a eficácia desse modelo²⁴. O único estudo de intervenção encontrado no Brasil foi realizado por Bellé e Caminha²⁵, com o objetivo de verificar a eficácia da TCC em grupo com 20 crianças com TDAH, incluindo 17 sessões com as crianças, 09 sessões com os pais e comunicação com os professores. Em 2008, um grupo de pesquisa, iniciou-se um estudo de intervenção no TDAH em crianças e adolescentes, cujo objetivo principal foi analisar os efeitos de tratamentos

isolados e combinados utilizando medicação, TCC, treino de atenção, treino de memória operacional e intervenção familiar. Para esse estudo foi elaborado um protocolo de TCC para o tratamento em grupo em 20 sessões e o mesmo continua em estudo no centro de pesquisas²⁴.

Diante desse contexto, tem sido observada uma força-tarefa dos estudiosos do TDAH em entender melhor como as intervenções funcionam no quadro e qual o impacto delas. Desde então, iniciou-se a sugestão de tratamentos combinados à medicação para alcançar maiores benefícios²⁶. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar uma intervenção em grupo fundamentada na TCC para crianças com TDAH atendidas em um Centro de Assistência Psicossocial Infantil – CAPSi.

10.3. Métodos

Delineamento

Trata-se de um estudo de intervenção com delineamento de avaliação tipo antes e depois da intervenção.

Participantes

Inicialmente, participaram deste estudo todos os portadores de TDAH que foram diagnosticados por médico psiquiatra do serviço de acordo com os critérios do DSM-5. As crianças selecionadas estavam em acompanhamento no CAPSi com diagnóstico exclusivo de TDAH, regularmente matriculadas na escola, a partir de 05 anos e que estavam em acompanhamento com os seus pais. Essas crianças foram convidadas a fazer parte da pesquisa, sendo que aquelas que aceitaram foram distribuídas em dois grupos: o grupo de intervenção, fundamentada na terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), composto por crianças a partir de cinco anos e seus pais/responsáveis que utilizou o protocolo piloto e o grupo de comparação, composto de 05 crianças que não participou da intervenção e que respondeu apenas aos instrumentos padronizados na pesquisa. Todas foram avaliadas considerando a entrevista inicial e a entrevista de avaliação, considerando que o grupo piloto participou da intervenção fundamentada na terapia cognitivo-comportamental durante 05 semanas.

A média de idade dos participantes foi de (\bar{X} = 8,20; DP=1,61), sendo que sete deles eram meninos (70%) e três eram meninas (30%). O grupo de intervenção foi composto de

duas meninas (40%) e três meninos (60%) e apresentou uma média de idade de (\bar{X} = 6,80; DP=0,83). O grupo de comparação foi composto de quatro meninos (80%) e uma menina (20%) e apresentou uma média de idade de (\bar{X} = 9,60; DP=0,54).

Instrumentos

A aplicação dos instrumentos para avaliação dos participantes do grupo foi realizada de modo individual na entrevista inicial. Após as entrevistas com as crianças e os pais/responsáveis, a intervenção foi realizada em grupo com as crianças, os pais/responsáveis, terapeuta e um co-terapeuta. A intervenção foi elaborada a partir dos princípios teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados na entrevista inicial e após a sessão de encerramento foram:

- Entrevista semiestruturada

Segundo Gil²⁷ as entrevistas semiestruturadas são entrevistas que podem ser parcialmente estruturadas, quando são guiadas por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso. Será utilizado um roteiro, de caráter flexível, aberto e com possíveis adaptações necessárias às questões que por ventura surgirem durante a explicação para coletar informações sobre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, histórico de reprovações) e características clínicas em relação a diagnósticos psiquiátricos prévios e atuais, usam de medicação prévia e atual e tratamento psicológico prévio e atual.

- SNAP-IV

O questionário foi construído a partir dos sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria. É um questionário de domínio público e encontramos o mesmo para impressão no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). De acordo com Pereira²⁸, o SNAP-IV é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção (09 primeiros itens) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18), os quais devem ser pontuados por pais e/ou professores, em uma escala de quatro níveis de gravidade.

- Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG)

A terapia em grupo demonstra eficácia na psicoterapia, por ser um meio facilitador da aprendizagem composta de novos comportamentos e cognições, reforçando a transformação de padrões disfuncionais de pensamentos e comportamentos anteriores. A TCC enfatiza a

estrutura, o foco e a aquisição de habilidades cognitivas e comportamentais. Apresenta características específicas, como o empirismo colaborativo, que determina ao paciente (crianças e pais) um papel ativo na identificação das metas²⁹.

Um dos objetivos da TCC em grupo é possibilitar que cada integrante do grupo seja seu próprio terapeuta e esteja preparado para enfrentar de maneira adaptativa as situações estressoras que surgirem das diferentes demandas da vida. Os procedimentos podem variar (de acordo com as necessidades do grupo, número de participantes, número de sessões e com o fato de um grupo ser aberto ou fechado), mas com homogeneidade, tempo limitado e breve³⁰. O trabalho em grupo é recomendado por apresentar menores custos para os sistemas públicos de saúde e o atendimento a uma maior demanda ao mesmo tempo¹⁹. No entanto, esses benefícios não devem ser os motivos principais para eleger a TCCG dentre as diferentes abordagens terapêuticas, a decisão deve se fundamentar na indicação técnica que mostre os maiores benefícios para a demanda a ser tratada em uma população específica²⁰.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências do CAPSi no período de junho a novembro de 2018 nos prontuários do serviço que faz parte da rede de assistência do Serviço Único de Saúde (SUS) em Maceió, Alagoas e a intervenção realizada no período de novembro a dezembro de 2018.

As informações coletadas foram digitadas com dupla entrada em uma planilha de dados do Excel. Ao término da digitação, o banco de dados foi revisado e corrigido eventuais diferenças e inconsistências de informações. A análise dos dados foi efetuada considerando dados descritivos, apresentando-os em médias e porcentagens. Foram construídas tabelas e gráficos de distribuição de frequência das variáveis estudadas.

Como procedimento, inicialmente, foi realizado a identificação das crianças com diagnóstico de TDAH descritas no prontuário médico. Posteriormente foi realizado o convite sequencial, por conveniência, para dois grupos de crianças. O primeiro, descrito sequencialmente de 01 a 05, foi o grupo piloto no qual foi realizada a intervenção, o segundo, descrito sequencialmente de 06 a 10, foi o grupo que não recebeu a intervenção cognitivo comportamental. Os dois grupos tiveram um momento de entrevista inicial para realização da entrevista e aplicação dos instrumentos e um momento de reavaliação para a reaplicação dos instrumentos. Apenas o grupo piloto participou da intervenção fundamentada na TCC em grupo de 05 semanas. Todos receberam informações sobre o objetivo da pesquisa e a coleta de

informações foi iniciada após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE);

Após essa etapa inicial, as crianças do grupo piloto participaram da intervenção, coordenada pela pesquisadora autora deste trabalho (terapeuta) e uma estagiária de psicologia (coterapeuta). Os encontros foram estruturados no formato da terapia cognitivo-comportamental para grupos.

Optou-se pela intervenção grupal devido ao fato desta possuir efetividade comprovada em clínicas comunitárias de saúde mental³¹. Sabe-se que, o próprio grupo é capaz de gerar um novo repertório e propiciar a modelagem do comportamento por meio da observação³². No contexto de grupo, as técnicas cognitivas e comportamentais devem ser inseridas por meio de uma compreensão ampla dos fatores que envolvem o processo grupal. Além de que, o desenvolvimento de intervenções em grupo possibilita que mais participantes possam se beneficiar em pouco tempo, pois o custo é menor, além de ser mais fácil de ser replicado devido a um menor número de profissionais envolvidos e exigir menor infraestrutura³².

A realização da intervenção com o grupo piloto aconteceu ao longo de, sete semanas, totalizando cinco encontros semanais com duração de 90 minutos cada, além dos dois encontros destinados para aplicação dos instrumentos padronizados de pesquisa (pré e pós-intervenção), sendo um para realização da entrevista inicial e outro para reavaliação. O grupo controle participou apenas da entrevista inicial e da reavaliação. A intervenção avaliada neste estudo foi desenvolvida pelos pesquisadores responsáveis especificamente para a realização desta pesquisa. O desenvolvimento desta intervenção contou com diferentes etapas, que foram: pesquisa abrangente acerca de intervenções em grupo para crianças com TDAH na literatura; identificação do perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes com TDAH em um Centro de Assistência Psicossocial InfantoJuvenil; adaptação de intervenções para terapia cognitivo-comportamental em grupo, através da discussão de diferentes profissionais especialista em TDAH e TCCG; adaptação das técnicas e dos materiais para realidade do serviço e para o contexto de realização da pesquisa.

A estrutura temática das sessões buscou contemplar a tendência dos estudos sobre intervenções em TCCG para crianças com TDAH, com as temáticas de psicoeducação, estratégias de resolução de problemas e orientações aos pais. Além disso, buscaram-se acrescentar exercícios estruturados a partir da TCC, adaptados para a faixa etária contemplada. A sessão 1 (pais/responsáveis) da intervenção teve como objetivo apresentação dos objetivos do grupo para os pais/responsáveis, psicoeducação sobre o TDAH e orientações sobre práticas e estilos parentais. As sessões 2 e 3 (crianças), inicialmente teve apresentação

da equipe, dos participantes e do funcionamento do grupo em si e teve continuidade de forma estruturada a partir da TCC, contemplando atividades de construção coletiva de regras, psicoeducação emocional, sobre TDAH e modelo cognitivo. A sessão 4 (conjunta) foi inserida orientações sobre a técnica de economia de fichas. Importante método para trabalhar os comportamentos inadequados com os familiares e as crianças. A sessão 5 (crianças e pais/responsáveis em momento diferentes) teve como objetivo a técnica de resolução de problemas, a partir dos conteúdos abordados nas sessões anteriores. A descrição das sessões de intervenção, realizado com o grupo piloto, com seus objetivos e atividades é apresentado no Tabela 1.

Quadro 2. Descrição dos encontros da intervenção quanto aos seus objetivos e atividades

| Sessão | Objetivo | Atividades | Material |
|--------------------|--|--|--|
| Entrevista Inicial | Coletar informações e aplicação do instrumento | Coletar informações e aplicação do instrumento | Questionário SNAP-IV. |
| Sessão 1 | Psicoeducação sobre TDAH e estilos parentais | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação dos pais/responsáveis; 2. Psicoeducação sobre TDAH, tratamento (farmacológico e psicoterápico) e prognóstico; 3. Psicoeducação sobre estilos parentais; 4. Orientação sobre a importância da contribuição dos pais/responsáveis na terapia; 5. Elaboração da lista de dificuldades que os pais/responsáveis identificam, individual e coletivamente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Slides – Psicoeducação 2. Computador 3. Vídeo – TDAH: Histórias reais 4. Cartolina e pincéis para quadro branco |
| Sessão 2 | Psicoeducação sobre emoções. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação geral dos participantes do grupo/identidade; 2. Formação de parceria e vínculo – jogo; 3. Construção coletiva das regras do grupo; 4. Psicoeducação sobre emoções – mímica e histórias de sentimentos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagens grandes dos personagens do filme - Divertidamente; 2. Ilustrações com pequenas histórias que abordam situações envolvendo a expressão de sentimentos – livro “Brincando e aprendendo as habilidades sociais; 3. Celular – tirar fotos ao fazer mímica; 4. Jogo – Pizzaria Maluca; 5. Prêmio para melhor mímica – chocolate. |
| Sessão 3 | Psicoeducação sobre TDAH e modelo cognitivo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducação sobre TDAH – metáfora; 2. Psicoeducação ilustrada sobre o modelo cognitivo – personagens Cora e Pê; 3. Tarefa de casa (missão) sobre modelo cognitivo – pasta vaivém. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Livros – “Pisando no freio” e “Cora & Pê: aprendendo o modelo cognitivo com psicoeducação ilustrada; 2. Imagens grandes dos personagens Cora e Pê (para colocar no quadro ou no chão); 3. Folhas com atividades impressas sobre modelo cognitivo; 4. Lápis de cor; 5. Pasta vaivém. |
| Sessão 4 | Orientar sobre técnica de economia de fichas e treinamento de autoinstrução. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração da lista consensual de problemas e reforçadores (recompensas); 2. Recolher o material sobre modelo cognitivo e se trouxeram o material na pasta vaivém; | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cartolinas para listar os problemas e recompensas; 2. Pincéis para quadro branco; 3. Folhas para listar exemplos de situações para cada emoção; 4. Canetas coloridas; |

| | | | |
|-------------|---|--|---|
| Sessão 5 | Treinamento e uso da técnica de resolução de problemas, avaliação qualitativa e encerramento. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Orientação aos pais sobre a importância de elogiar e valorizar os comportamentos adequados; 4. Solicitar ao grupo de crianças a confecção de uma lista de exemplos de situações cotidianas que fazem eles experimentar cada emoção; 5. Orientar sobre o treino de autoinstrução – Chuva de ideias: “O que fazer”. <ol style="list-style-type: none"> 1. Escolher de maneira consensual um dos problemas listados na semana anterior; 2. Análise do vídeo “O Nervosinho”; 3. Solicitar a cada criança que com o auxílio dos pais/responsáveis desenhem sua mão em uma cartolina; 4. Orientar sobre os passos para resolução de problemas – “Pedindo uma mãozinha”; 5. Pedir um feedback geral dos encontros. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Imagem grande de um guarda-chuva onde será escrito em papéis coloridos no formato de gotas ideias de comportamentos habilidosos; 6. Prêmio para quem fez a missão de casa e lembrou-se de trazer a pasta vaivém (balas). <ol style="list-style-type: none"> 1. Computador; 2. Vídeo no You Tube - “O nervosinho” 3. Cartolina para desenhar a mão; 4. Canetas coloridas; 5. Lanche. |
| Reavaliação | Reavaliação das crianças com o instrumento SNAP-IV. | Reaplicar o instrumento SNAP-IV. | Questionário SNAP-IV. |

Fonte: Dados da pesquisa.

Procedimentos Éticos

De acordo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo a pesquisa com seres humanos, previstas nas Resoluções 466/12 e 510/16 da CONEP, esse estudo atentou para todos os cuidados éticos necessários, de modo a garantir o anonimato no tratamento dos dados e divulgação dos seus achados, bem como para não causar dano aos seus participantes. Portanto, a proposta de trabalho foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS vide número do parecer 2.624.083 e CAAE 86753018.0.0000.5569.

Todos os participantes foram contatados diretamente no CAPSi, quando se explicou os objetivos e os procedimentos do estudo, solicitando seu assentimento em participar (TALE), além da autorização de seus pais ou responsáveis, por meio da assinatura do TCLE (cópia dos documentos no apêndice 1 e 2), que ressaltava o direito de desistirem da pesquisa a qualquer momento, sem sofrerem nenhum dano. Devoluções sobre resultados do estudo foram dadas às crianças e seus pais/responsáveis, bem como ao CAPSi, e encaminhamentos para tratamentos foram realizados quando identificadas a demanda e a necessidade das crianças participantes. Da mesma forma, com o objetivo de proporcionar oportunidades iguais de tratamento para todas as crianças, foi disponibilizado para o CAPSi, caso este apresentasse interesse, a realização do mesmo trabalho com as crianças que participaram do grupo controle, posteriormente ao trabalho de pesquisa.

10.4. Resultados

Como forma de exemplificar uma possibilidade de desenvolvimento de intervenção em grupo em TCC para crianças com TDAH dentro do CAPSi que faz parte da rede de assistência do Serviço Único de Saúde (SUS), apresentaremos a experiência nessa modalidade desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Dr Luis da Rocha Cerqueira, uma unidade de atenção secundária pertencente ao município de Alagoas onde são realizadas consultas e serviços ambulatoriais especializados.

Optou-se por realizar um grupo-piloto em TCCG para crianças com TDAH em razão de ser um dos transtornos mentais da infância e adolescência que determina grande procura por atendimento³³. Foi elaborada uma proposta de tratamento em grupo por meio de um protocolo estruturado de 07 sessões e adaptado às necessidades da população usuária do SUS.

Foram selecionadas 05 crianças para participar do grupo, como também seus pais/responsáveis. O grupo de intervenção foi composto de duas meninas (40%) e três meninos (60%) e apresentou uma média de idade de (\bar{X} = 6,80; DP=0,83). Todas as crianças

estavam na escola. O grupo configurou-se homogêneo quanto ao transtorno dos participantes e especificador tipo combinado e relativamente homogêneo quanto ao gênero. As sessões foram realizadas semanalmente no CAPSi, com duração de 90 minutos e eram conduzidas por uma terapeuta com experiência em TCC e por uma colaboradora. Após cada sessão, havia uma supervisão para discussão do atendimento do dia.

A seguir o processo de intervenção em TCCG para crianças com TDAH foi explicado, apresentando os objetivos específicos e atividades de cada sessão.

Sessão de avaliação

A avaliação foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantil e aconteceu em duas fases: a) seleção de prontuários com diagnóstico de TDAH de qualquer subtipo (predominantemente desatento, hiperativo/impulsivo e apresentação combinada)¹ e b) avaliação utilizando entrevista semiestruturada e aplicação do questionário SNAP-IV.

As 05 crianças selecionadas para participarem do grupo apresentaram TDAH com subtipo combinado, estavam em acompanhamento médico no CAPSi, todas as crianças usavam psicoestimulantes, 04 usavam antipsicóticos e apenas uma usava antipsicótico neuroléptico, do total de crianças selecionadas para participar do grupo apenas 02 participavam de oficinas semanais no serviço.

1ª sessão

A primeira sessão iniciou com a apresentação dos coordenadores do grupo e dinâmica de apresentação dos participantes. A coordenação teve como tarefa discutir semelhanças e diferenças entre os participantes, contribuindo para a promoção da coesão grupal.

Essa primeira sessão com os pais/responsáveis foi dedicada à psicoeducação sobre TDAH, prevalência, sintomas, impacto nos ciclos da vida, tratamento e prognóstico, procurando exemplificar como essa condição pode afetar nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos. Procurou-se utilizar uma linguagem objetiva, livre de gírias e próxima da realidade dos participantes. Na TCCG, é sempre relevante explorar exemplos extraídos das falas dos membros do grupo, não só para dar voz e sentido ao sofrimento, preocupação e aflição dos participantes, mas para que seja possível que os demais percebam que existem outras pessoas que pensam, sente e se comportam de forma semelhante.

Nessa primeira sessão também foi realizada uma psicoeducação sobre estilos parentais e reflexão sobre a relação com os filhos. Em seguida listamos no quadro as principais dificuldades descritas pelos pais em relação ao comportamento dos filhos e depois discutimos

em grupo. Ao final das atividades da primeira dos pais sessão o contrato terapêutico, bem como estabelecimento de horário e frequência das sessões foi estabelecido. Foi explicada a importância da participação dos pais no tratamento e entregue o cronograma dos próximos encontros.

2ª sessão

Iniciamos a sessão com as crianças utilizando a dinâmica de apresentação “Eu sou... E você, quem é?”, foi formada uma roda, tomando cuidado de verificar se todas as pessoas estão sendo vistas pelos demais colegas e combinar com o grupo para que lado a roda irá girar. O coordenador inicia se apresentando e revelando algo sobre si, ou um defeito ou qualidade e passa para outro. Exemplo: “Eu sou Nielky, sou brincalhona, e você, que é?”. A dinâmica favorece o contato entre os participantes, de modo a iniciar a formação da coesão grupal.

O estabelecimento do contrato terapêutico deve ser um dos primeiros itens a ser discutido com as crianças. Nesse caso, são realizadas combinações sobre horários, frequência, duração e regras de funcionamento do grupo. Para organizar as sessões e eliminar possíveis confusões, a construção coletiva das regras é fundamental para o bom funcionamento dos encontros. As regras foram estabelecidas verbalmente e um cartaz confeccionado, onde as crianças deram um nome para o grupo e foi listado o que poderia e não poderia ser feito no grupo. O cartaz ficou fixado na parede da sala de atendimento e permaneceu até o último encontro, pois, muitas vezes, era utilizado para lembrar do contrato “coletivo”. Ainda nesse primeiro encontro, explicou-se o papel do psicólogo.

A psicoeducação sobre as emoções aconteceu através dos personagens do filme *Divertida Mente*³⁴. A terapeuta apresentava cartões com a imagem dos personagens e as crianças em voz alta falavam o nome da emoção e como elas se comportavam. Após essa atividade foi entregue as crianças ilustrações para colorir sobre as emoções e em seguida foi contada pequenas histórias retiradas do livro *Brincando e Aprendendo Habilidades Sociais*³⁵ que abordam situações envolvendo as ilustrações que elas pintaram.

Encerrando a psicoeducação sobre as emoções básicas, aplicou-se a técnica *Charada das Emoções*³⁶, onde cada criança recebia um envelope com imagem ilustrativa de emoção e precisaria fazer uma mímica e os demais participantes precisariam descobrir qual emoção encenada. O uso dessa atividade favorece a expressão emocional por aquele que encena e a identificação da emoção expressada pelos outros que assistem à encenação. Após cada mímica era feito um registro fotográfico e depois a classificação da melhor mímica.

No final da sessão utilizamos o Jogo Pizzaria Maluca da Grow, uma técnica ludopedagógica como forma do grupo se divertir³⁷.

3ª sessão (Exclusiva para crianças)

A revisão da tarefa de casa foi realizada de modo a conferir quem se lembrou de trazer a pasta vaivém e promover a percepção das crianças acerca das emoções dos demais participantes. Uma criança não trouxe a pasta vaivém.

Finalizada a revisão da tarefa de casa, deu-se início a psicoeducação sobre TDAH e modelo cognitivo.

Para psicoeducação acerca do TDAH e seus principais sintomas, foi utilizada a história retirada do livro *Pisando no freio*³⁸, sobre um carro vermelho “Ferrari” muito potente, mas sem freio. A partir da história, os participantes identificavam os sintomas do TDAH e sua compreensão acerca da mesma. Após, o terapeuta conduzia alguns questionamentos com os participantes: “Como era o carro?”, “Alguém aqui se parece com esse carro?”, “Como é se sentir sem freio?”, “O que acontece com você quando não tem freio?”, “E o que você faz?”.

Em seguida, as crianças foram ensinadas como se compreende o funcionamento psicológico, com base no modelo cognitivo genérico de Beck³⁹. É interessante notar que essa instrução se realiza com o objetivo de incentivar a prática socrática, levando à compreensão e à motivação para mudança de problemas individuais dos pacientes. Para que isso se fortalecesse, principalmente se tratando de um grupo, utilizou-se o material ilustrado em história em quadrinhos *Cora e Pê em aprendendo o Modelo Cognitivo*⁴⁰, os personagens Cora e Pê foram impressos e de forma lúdica ensinava como os processos de pensamento influenciavam os sentimentos e os comportamentos segundo a teoria Beckiana³⁹.

Derivando do modelo cognitivo, todas as estratégias de intervenção comportamental tornam-se pequenos experimentos para provocar mudança cognitiva, objetivando desenvolver a capacidade das crianças com TDAH de alcançar níveis mais elevados de qualidade de vida. Mesmo o processo ocorrendo de forma grupal, toda análise de pensamentos foi individualizada. Durante a prática com esse grupo, notamos que muitas crenças são compartilhadas pelos familiares, responsáveis e pelas crianças, especialmente em relação à incapacidade.

A tarefa de casa desse encontro (missão) foi: “Colorir e investigar com os personagens Cora e Pê”, a missão é levada para casa e devem trazer na pasta vaivém no próximo encontro.

4ª sessão (Sessão conjunta, pais/responsáveis e crianças)

Na quarta sessão foi realizada uma sessão conjunta e a técnica de economia de fichas foi indicada para utilização por ser um método importante para trabalhar os comportamentos inadequados com os familiares e as crianças. Nessa sessão foi retomada a lista descrita pelos pais no 1º encontro sobre as dificuldades identificadas em relação aos filhos. De forma consensual juntamente com os filhos elaboramos uma lista de problemas e reforçadores, orientamos que a lista fosse trabalhada semanalmente e quantos pontos ou carinhas felizes a criança mereceria conforme o desempenho ao longo da semana, a mesma deveria ficar em local visível para criança e a família. Esse momento da sessão foi destinado a confirmar conjuntamente os comportamentos problemas e criar estratégias para melhorar. Foi sinalizado para os responsáveis que a premiação funcionava como um esquema de reforçamento para os comportamentos adequados.

Como tarefa de casa as crianças juntamente com os responsáveis receberam uma folha na pasta vaivém com a instrução: “Escreva aqui dois comportamentos problemas vivenciados durante a semana”.

5ª sessão (Sessão conjunta, pais/responsáveis e crianças)

Esse encontro foi destinado a ensinar a técnica de resolução de problemas e realizar uma revisão do que fora aprendido nos encontros anteriores.

Inicialmente as crianças assistiram ao vídeo O nervosinho⁴¹, que trata de um menino com ataques recorrentes de raiva e que compreende que, devido a isso, tem poucos amigos. Tal percepção ocorre após ganhar do pai um peixinho bastante agressivo. O animal teve que ser trocado por estar destruindo o aquário e prejudicando os demais peixes. Depois do vídeo, solicitou-se que as crianças comentassem todos os problemas que o menino apresentava e como ele foi resolvendo os mesmos. O terapeuta pontua que todos têm problemas, que muitas vezes precisamos pensar em mais de uma estratégia para solucionar e evidencia a importância de pedir uma mãozinha.

Os pais/responsáveis são convidados a entrar na sala e decorrente da atividade de casa foi selecionado problemas que vivenciaram na semana anterior. No primeiro momento o terapeuta explica sobre o objetivo da técnica de resolução de problemas e com isso inicia-se a apresentação do passo a passo de como resolver problemas “pedindo uma mãozinha”. O terapeuta solicita que as crianças façam o contorno da sua mão na cartolina. Em seguida orienta como resolver problemas utilizando cada dedo da mão.

No dedo *mínimo* será listado um problema, no *anelar* serão inseridos nomes de quem pode auxiliar a resolver o problema, no dedo *médio* serão listadas três possíveis alternativas

de resolver o problema, ao dedo *indicador* caberá escolher qual a primeira alternativa escolhida iniciar para resolver o problema e o *polegar* terá a função de sinalizar se alternativa escolhida recebe um *like* ou *dislike*, ou seja, um curtir ou não curtir, tal como nas redes sociais. Com a intervenção visamos que os participantes percebam que é possível pedir ajuda para solucionar problemas, aprender a pensar em mais de uma alternativa para resolver problemas e que se a forma escolhida não for a mais adequada é possível escolher outra.

Como esse era o último encontro, o terapeuta promoveu uma reflexão sobre o que melhorou, a quantidade de queixas sobre o comportamento da criança e as conseqüências na vida dela e dos pais/responsáveis. Em seguida, cada um foi verbalizando o que aprendeu no decorrer dos encontros e foi construído cartazes.

Ao final da intervenção todos os instrumentos aplicados no momento pré-intervenção foram reaplicados. A aplicação dos instrumentos ao final da intervenção permitiu verificar seu impacto, bem como avaliar critérios para continuidade do tratamento.

Diante da comparação realizada entre os grupos no pré e pós-treino foi possível observar resultado no pré-treino de ($Z=-0,862$; $p>0,421$) e pós a intervenção constatou ($Z=-0,589$; $p>0,571$) ou seja, não obteve-se resultado estatisticamente significativo pré e pós intervenção. O que pode justificar esses resultados, é o número pequeno da amostra e além disso, uma perda de três indivíduos que corrobora para o resultado apresentado acima.

O grupo terminou com uma confraternização de despedida realizada no refeitório do CAPSi.

10.5. Discussão

A efetividade das práticas grupais com o referencial da TCC no contexto da saúde pública vem sendo evidenciada em diversas pesquisas. Um estudo realizado por Neves e Molina⁴² sobre TCCG e psicoterapia analítico-comportamental em grupo com pacientes com doenças crônicas aponta a efetividade dessas intervenções. Os autores constataram que os grupos de TCC focavam na discussão da doença crônica e em modos de enfrentá-la, recorrendo à psicoeducação como estratégia de intervenção central. O presente estudo também evidencia o papel fundamental da psicoeducação, tanto com os pais/responsáveis como com as crianças.

Conhecer a realidade das crianças e adolescentes usuárias da rede de atenção psicossocial – CAPSi parece ser tão importante quanto dominar técnicas de TCCG. Ao lidar com o outro é necessário entender sua linguagem, o grau de acessibilidade aos serviços de saúde, suas condições de moradia, educação e de transporte. Somente assim, entendendo a saúde como mais do que ausência de doenças, e por meio do modelo biopsicossocial, será possível

conectar-se com a realidade e sofrimento dos demais, o que pode se tornar um facilitador para mudanças dos comportamentos de saúde.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é citada na literatura internacional como a principal modalidade de intervenção não medicamentosa para o TDAH, aliada ao trabalho de orientação aos pais. Ela atua nos principais déficits comportamentais da criança, como o déficit do comportamento inibitório, autorregulação da motivação, emoção e limiar para ação dirigida a um objetivo entre outros^{43,44,45}.

Palham e Fabiano²⁶ realizaram uma abrangente revisão da literatura acerca de intervenções comportamentais, como treinamento comportamental dos pais e gestão de comportamento em sala de aula, entre outras técnicas psicossociais, mostrando que há, de fato, evidências da eficácia desses tratamentos para o TDAH.

Uma metanálise realizada por Hodgson, Hutchinson e Denson⁴⁶, avaliou sete tipos de intervenções com crianças e adolescentes (modificação de comportamento, neurofeedback, tratamento psicossocial multimodal, programas baseados na escola, técnicas de melhora da memória, automonitoramento e orientação de pais). Os autores investigaram quais intervenções eram mais eficazes no tratamento de TDAH em crianças com idades entre 05 e 10 anos, com o principal objetivo de verificar se havia maior eficácia em intervenções que combinavam uma variedade de técnicas de tratamento psicológico em relação aos tratamentos unitários. Os resultados apontaram que as intervenções de componentes múltiplos, combinando uma série de técnicas de tratamento psicológico, não eram mais eficazes. Em contrapartida, os resultados sugeriram que a modificação de comportamento era benéfica no tratamento de crianças com TDAH, melhorando sintomas cardinais do transtorno, comportamentos e o desempenho em testes neuropsicológicos.

Identifica-se uma escassez de estudos brasileiros publicados sobre tratamento em grupos de TDAH associado à perspectiva cognitivo-comportamental. Verifica-se um único manual¹⁴ existente para nossa população, composto por 12 sessões aplicadas individualmente e desenvolvido pelo Programa de TDAH – ProDAH da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e um estudo de intervenção em grupo realizado por Bellé e Caminha²⁵. Observa-se em ambos os estudos não somente redução da maioria dos sintomas relacionados ao TDAH, mas também alterações positivas nas estratégias de manejo comportamental utilizadas pelos pais e nas percepções dos pais acerca dos filhos e redução de queixas advindas da escola. No estudo atual mesmo com suas limitações e um número pequeno de participantes, percebe-se a pertinência do trabalho da TCC com crianças com TDAH, principalmente se aliada ao tratamento de familiares.

De acordo com Vila, Silveira e Gongora⁴⁷, as práticas parentais encontram-se envolvidas na promoção das habilidades sociais dos filhos. Disciplina pobre e incoerente, coerção escalada e monitoramento fraco têm sido recorrentemente, relacionados na literatura a comportamentos antissociais infantis. Durante os encontros foram evidenciado essas práticas parentais e mesmo acontecendo apenas uma sessão com pais ou responsáveis e duas conjuntas, verifica-se a necessidade de incluir mais sessões com eles, pois em grande parte são responsáveis pelo desenvolvimento global da criança e constituem modelos de influência.

A atividade com grupos e o trabalho com crianças e adolescentes exigem conhecimento, preparo e planejamento, uma vez que parte das atividades já começa antes mesmo das sessões serem iniciadas. Além disso, a execução do trabalho com grupos e com a população infantojuvenil se depara com dificuldades e desafios característicos, mas que se mostram como oportunidades de crescimento e de desenvolvimento, tanto profissional como pessoal para os envolvidos.

10.6. Conclusões

O trabalho em grupo tem uma força terapêutica que está além das técnicas dos protocolos. A possibilidade de partilhar, de aprender novas formas de lidar com os problemas e de estabelecer laços com pessoas que têm dificuldades semelhantes confere ao grupo um lugar especial entre as modalidades de tratamento para as dificuldades emocionais.

A contribuição da TCCG para o campo da saúde pública deve estar vinculada ao compromisso com a produção de evidências científicas. Assim, ainda é necessária a realização de pesquisas que identifiquem variáveis que interferem na eficácia/efetividade da TCCG na rede de atenção psicossocial a crianças e adolescentes.

Por fim, cabe destacar as limitações inerentes a esta pesquisa que, em função das dificuldades metodológicas e desafios na prática de TCCG com a população infantojuvenil, pode ser considerada apenas como um estudo piloto. De fato, a principal contribuição deste estudo foi o desenvolvimento de uma intervenção significativa em grupo para crianças com TDAH atendidas no CAPSi.

Em síntese, constatou-se que os objetivos propostos foram atingidos, e foi analisado o efeito da intervenção fundamentada em TCCG para crianças com TDAH. Acredita-se que o presente estudo tenha contribuído para o desenvolvimento do conhecimento científico acerca de intervenções em grupo para crianças com TDAH atendidas na rede de atenção psicossocial.

10.7. Referências

1. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Barkley RA, Benton CM. Taking charge of adult ADHD. New York: Guilford; 2010.
4. Mattos P, Saboya E, Kaefer H, Knijnik MP, Soncini N. Neuropsicologia do TDAH. Rohde LA; Mattos P. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003.
5. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: what the science says. New York: Guilford; 2008.
6. Neufeld CB. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*. 2004;80 (Supl 2):61-70
8. Pereira A; Mattos P. Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Rangé B, Organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 493-507.
9. Louzã, MR, et al. TDAH ao longo da vida: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Majewicz-Hefley A, Carlson JS. A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2007;10(3):239-250.
11. Pereira M, Rangé BP. *Terapia Cognitiva*. Rangé B, Organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Wenzel A. *Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
13. Nogueira CA, Crisostomo KN, Souza RS, Prado JM. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Hígia*. 2017;2(1):108-120.
14. Knapp P, Lyszkowski L, Johannpeter J, Carim D, Rohde LA. Terapia cognitivo-comportamental no TDAH. Rohde LA, Mattos P, Organizadores. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 183-197.
15. Friedberg RD, McClure JM. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
16. Weber LND, Brandenburg OJ, Salvador APV. Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF): orientação e treinamento para pais. *Psico*. 2006;37(2):139-149.

17. Gomide PIC. Pais presentes, pais ausentes. Petrópolis: Vozes; 2004.
18. Leme VBR; Bolsoni-Silva AT. Habilidades sociais educativas parentais e comportamentos de pré-escolares. *Estudos em Psicologia*. 2010;15(2):161-173.
19. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*. 2004;17(4):523-533.
20. Neufeld CB. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. Rangé B, Organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 737-750.
21. Bolsoni-Silva AT, Boas ACVBV, Leme VBR, Silveira FF. Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2010;62(1):104-118.
22. Brow CS, Alabi BO, Huynh VW, Masten CL. Ethnicity and gender in late child-hood and early adolescence: group identity and awareness of bias. *Developmental Psychology*. 2011;47(2):463-471.
23. Neufeld CB, Mendes AIF, Pavan-Candido CC, Gorayeb RP, Palma PC, Nardi PC, et al. Do atendimento à população à formação de terapeutas, supervisores e pesquisadores: A implementação de um laboratório de pesquisa e intervenção. Neufeld CB, Organizador. *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental em indivíduos e grupos*. Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 25-41.
24. Salles JF, Haase VG, Malloy-Diniz LF, Organizadores. *Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
25. Bellé AH, Caminha RM. Grupoterapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2005;1(2):103-114.
26. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008;37(1):184-214.
27. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2002.
28. Pereira AP, León CBR, Dias NM, Seabra AG. Avaliação de crianças pré-escolares: relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. *Revista Psicopedagogia*. 2012;29(90):279-289.
29. Caminha MG, Caminha RM. *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys; 2011.
30. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2004;12(2):242-249.
31. McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;23(4):519-528.

32. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos. Porto Alegre: Artmed; 2012.
33. Dorneles BV, Corso LV, Costa AC, Pisacco NMT, Sperafico YLS, Rohde LAP. Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: Um estudo de prevalência. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 2014;27(4):759-767.
34. Docter P. *Divertida Mente*. EUA: Pixar Animation Studios, Estúdios Disney. 2015.
35. Silva CAP, Del Pretti A, Del Pret ZAP. *Brincando e Aprendendo Habilidades Sociais*. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.
36. Stallard P. *Guia do terapeuta para os bons pensamentos – bons sentimentos: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed. 2007.
37. Marcellino NC. *Repertório de atividades de recreação e lazer*. 3 ed. Campinas: Papirus; 2002.
38. Quinn PO, Stern JM. *Pisando no freio: entenda e controle o déficit de atenção e a hiperatividade*. Ilustrado por Joe Lee; tradução: Vinicius Figueira. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
39. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
40. Cartaxo V. *Cora & Pê em: Aprendendo o modelo cognitivo com psicoeducação ilustrada; Ilustrações Dinoleta*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.
41. Botter Jr N. *O nervosinho*. [S.I.: s.n]. 2011.
42. Neves MS, Molina RA. Terapia Analítico comportamental e cognitivo-comportamental em grupo: Intervenções com portadores de doença crônica. *Uniciências*, 2011;15(1): 129-140.
43. Reeves G, Antony B. Multimodal treatments versus pharmacotherapy alone in children with psychiatric disorders: Implications of access, effectiveness, and contextual treatment. *Paediatrics Drugs*, 2009;11(3):165-169.
44. Swanson J, Arnold LE, Kraemer H, Hechtman L, Molina B, Hinshaw S, MTA Cooperative Group. Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): Part I: Executive summary. *Journal of Attention Disorders*, 2008a; 12(1):4-14.
45. Wigal SB. Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*, 2009;23(1):21-31.
46. Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 2014;18(4):275-282.
47. Vila EM, Silveira JM, & Gongorra, MAN. Ensinando repertório alternativo para clientes que apresentam padrões comportamentais passivo e hostil. In C. G. Almeida (Org.), *Intervenções em grupo: Estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida*. Campinas: Papirus.

2003. p. 59-81.

Apêndice 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para os responsáveis pela menor)

Título: Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH: Um estudo de intervenção

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidada a permitir a participação como voluntária da menor sob sua responsabilidade, da pesquisa: **Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH: Um estudo de intervenção**. O objetivo desse projeto é **propor e avaliar os efeitos de um modelo de intervenção em terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - TDAH e seus pais/responsáveis**. O(s) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma: **1) Serão identificadas as crianças com diagnóstico de TDAH atendidas no Centro de Assistência Psicossocial Infanto Juvenil (Capsi); 2) Será realizado o convite seqüencial, de 01 a 05, para as crianças e seus pais/responsáveis que estejam no dia determinado pelos pesquisadores para a coleta de dados; Todos receberão informações sobre o objetivo da pesquisa e estarão livres para participar ou não da pesquisa. A coleta de informações somente será iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE); 3) As 05 crianças serão avaliadas individualmente junto com os seus pais/responsáveis; 4) Os pais/responsáveis e as crianças serão convidados para participar de 07 sessões de intervenção em grupo, com duração de 06 semanas; 5) Após 06ª sessão, as crianças serão reavaliadas com os mesmos instrumentos da entrevista inicial. As participantes serão requisitadas 07 vezes.**

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto mínimo por perda de *(alguns minutos para responder às perguntas ou os desconfortos que houverem)*, sendo que se justifica pelo benefício de fornecimento de informações para promoção de saúde mental nas crianças com TDAH minimizando seus impactos e prejuízos subseqüentes, além de contribuir para a construção de conhecimentos na área estudada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você e a menor sob sua responsabilidade serão esclarecidas sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Vocês serão livres para recusarem-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a identidade da entrevistada com padrões profissionais de sigilo. Não será identificado o nome ou o material que indique a participação sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação. Caso seja identificado algum sinal, a pesquisadora se disponibiliza a prestar suporte psicológico durante o tempo que for necessário, com o objetivo de diminuir qualquer dano que possa ter sido causado pela sua participação na pesquisa.

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora **Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega** certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pela pesquisadora responsável: **Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega** telefone: **(82) 99927-5749** ou endereço **Rua Dr Antônio Cansação, 515. Galeria Bellágio, Sala 113. Ponta Verde** ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), sito Av Mar Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, telefone: (81) 3312-7755 que funciona de segunda a sexta feira no horário 8h30 às 11h30 / 14h às 16h30 e pelo e-mail: **nielkynobrega@hotmail.com**

O CEP da Faculdade Pernambucana de Saúde objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: _____

Assinatura do Responsável _____

Data: _____

Nome: Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: _____

Nome: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: _____

Impressão digital



Apêndice 5 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para menores de idade)

Título da Pesquisa: Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH:
Um estudo de intervenção

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH: Um estudo de intervenção. O objetivo desse projeto é propor e avaliar os efeitos de um modelo de intervenção em terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - TDAH e seus pais/responsáveis

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: 1) Serão identificadas as crianças com diagnóstico de TDAH atendidas no Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil (Capsi); 2) Será realizado o convite seqüencial, de 01 a 05, para as crianças e seus pais/responsáveis que estejam no dia determinado pelos pesquisadores para a coleta de dados; Todos receberão informações sobre o objetivo da pesquisa e estarão livres para participar ou não da pesquisa. A coleta de informações somente será iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE); 3) As 05 crianças serão avaliadas individualmente junto com os seus pais/responsáveis; 4) Os pais/responsáveis e as crianças serão convidados para participar de 07 sessões de intervenção em grupo, com duração de 06 semanas; 5) Após 06ª sessão, as crianças serão reavaliadas com os mesmos instrumentos da entrevista inicial. As participantes serão requisitadas 07 vezes.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto mínimo para você que se submeter à entrevista, sendo que se justifica pelo benefício de fornecimento de informações para promoção de saúde mental nas crianças com TDAH minimizando seus impactos e prejuízos subseqüentes, além de contribuir para a construção de conhecimentos na área estudada.

Caso seja identificado algum sinal de desconforto ou prejuízos serão encaminhados para o consultório de psicologia, sito Galeria Bellágio.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pela pesquisadora responsável: Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega através do telefone (82) 99927-5749 ou endereço Rua Dr Antônio Cansação, 515. Galeria Bellágio, Sala 113. Ponta Verde ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), sito Av Mar Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, telefone: (81) 3312-7755, que funciona de segunda a sexta feira no horário 8h30 às 11h30 / 14h às 16h30 e pelo e-mail: **nielkynobrega@hotmail.com**

O CEP da Faculdade Pernambucana de Saúde objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: _____

Assinatura do Menor: _____

Data: _____

Nome: Nielky Kalliellanya Bezerra da Nóbrega

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: _____

Nome: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: _____

Impressão digital



Anexo 1– QUESTIONÁRIO SNAP-IV

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

*Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):*

| | Nem um pouco | Só um pouco | Bastante | Demais |
|---|--------------|-------------|----------|--------|
| 1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas. | | | | |
| 2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer | | | | |
| 3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele | | | | |
| 4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações. | | | | |
| 5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades | | | | |
| 6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado. | | | | |
| 7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros). | | | | |
| 8. Distrai-se com estímulos externos | | | | |
| 9. É esquecido em atividades do dia-a-dia | | | | |
| 10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira | | | | |
| 11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado | | | | |
| 12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado | | | | |
| 13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma | | | | |
| 14. Não para ou freqüentemente está "mil por hora". | | | | |

| | Nem um pouco | só um pouco | bastante | demais |
|--|---------------------|--------------------|-----------------|---------------|
| 15. Fala em excesso. | | | | |
| 16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas | | | | |
| 17. Tem dificuldade de esperar sua vez | | | | |
| 18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos). | | | | |
| <i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i> | | | | |

Anexo 2 – ROTEIRO DOS ENCONTROS DA INTERVENÇÃO

| Entrevista INICIAL |
|--|
| <p><i>Objetivo:</i> Coletar informações e aplicação do instrumento.</p> <p><i>Atividades:</i> Entrevistar os pais/responsáveis e aplicar o instrumento SNAP-IV.</p> <p><i>Material:</i> Questionário SNAP-IV.</p> |
| Sessão 1 – Exclusiva para pais |
| <p><i>Objetivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre TDAH, práticas e estilos parentais. <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos pais/responsáveis; • Psicoeducação sobre TDAH, tratamento (farmacológico e psicoterápico) e prognóstico; • Psicoeducação sobre estilos parentais; • Orientação sobre a importância da contribuição dos pais/responsáveis na terapia; • Elaboração da lista de dificuldades que os pais/responsáveis identificam, individual e coletivamente. <p><i>Materiais:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Slides – Psicoeducação TDAH e estilos parentais. 6. Computador 7. Vídeo – TDAH: Histórias reais 8. Cartolina e pincéis para quadro branco |
| Sessão 2 – Exclusiva para crianças |
| <p><i>Objetivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre emoções. <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação geral dos participantes do grupo/identidade; • Formação de parceria e vínculo – jogo; • Construção coletiva das regras do grupo; • Psicoeducação sobre emoções – mímica e histórias de sentimentos. <p><i>Materiais:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagens grandes dos personagens do filme - Divertidamente; 2. Ilustrações com pequenas histórias que abordam situações envolvendo a expressão de sentimentos – livro “Brincando e aprendendo as habilidades sociais; 3. Celular – tirar fotos ao fazer mímica; 4. Jogo – Pizzaria Maluca; 5. Prêmio para melhor mímica – chocolate. |
| Sessão 3 – Exclusiva para crianças |
| <p><i>Objetivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre TDAH e modelo cognitivo. <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre TDAH – metáfora Ferrari; • Psicoeducação ilustrada sobre o modelo cognitivo – personagens Cora e Pê; • Tarefa de casa (missão) sobre modelo cognitivo – pasta vaivém. <p><i>Materiais:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Livros – “Pisando no freio” e “Cora & Pê: aprendendo o modelo cognitivo com psicoeducação ilustrada; |

2. Imagens grandes dos personagens Cora e Pê (para colocar no quadro ou no chão);
3. Folhas com atividades impressas sobre modelo cognitivo;
4. Lápis de cor;
5. Pasta vaivém.

Sessão 4 – Conjunta

Objetivo:

- Orientar sobre técnica de economia de fichas e treinamento de autoinstrução.

Atividades:

- Elaboração da lista consensual de problemas e reforçadores (recompensas);
- Recolher o material sobre modelo cognitivo com as crianças e se trouxeram o material na pasta vaivém;
- Orientação aos pais sobre a importância de elogiar e valorizar os comportamentos adequados;
- Solicitar ao grupo de crianças a confecção de uma lista de exemplos de situações cotidianas que fazem eles experimentar cada emoção;
- Orientar sobre o treino de autoinstrução – Chuva de ideias: “O que fazer”.

Materiais:

1. Cartolinas para listar os problemas e recompensas;
2. Pincéis para quadro branco;
3. Folhas para listar exemplos de situações para cada emoção;
4. Canetas coloridas;
5. Imagem grande de um guarda chuva onde será escrito em papéis coloridos no formato de gotas ideias de comportamentos habilidosos;
6. Prêmio para quem fez a missão de casa e lembrou-se de trazer a pasta vaivém (balas).

Sessão 5 – Crianças e pais em momentos diferentes

Objetivo:

Treinamento e uso da técnica de resolução de problemas, avaliação qualitativa e encerramento.

Atividades:

Escolher de maneira consensual um dos problemas listados na semana anterior;
Análise do vídeo “O Nervosinho”;
Solicitar a cada criança que com o auxílio dos pais/responsáveis desenhem sua mão em uma cartolina;
Orientar sobre os passos para resolução de problemas – “Pedindo uma mãozinha”;
Pedir um feedback geral dos encontros.

Materiais:

6. Computador;
7. Vídeo no You Tube - “O nervosinho”
8. Cartolina para desenhar a mão;
9. Canetas coloridas;
10. Lanche.

Reavaliação

Objetivo:

Reavaliação das crianças com o instrumento SNAP-IV..

Atividade:

Reaplicar o instrumento SNAP-IV.

Material:

Questionário SNAP-IV.

Anexo 3–DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO HIPERATIVIDADE e TDAH: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO

Pesquisador: LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86753018.0.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.624.083

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do mestrado em Psicologia da FPS. Estudo de intervenção com delineamento do tipo antes e depois, em grupo para crianças com TDAH e seus pais/responsáveis, avaliando sua efetividade e visando colaborar para a promoção de redução dos sintomas dessas crianças. Será realizado no CAPSi em Macelão-AL.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar os efeitos de um modelo de intervenção em terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - TDAH e seus pais/responsáveis.
- Determinar características sociodemográficas em relação a idade, sexo, escolaridade, histórico de reprovação.
- Descrever as características clínicas em relação a: diagnósticos psiquiátricos prévios e atuais descritos em prontuário, uso de medicação psiquiátrica prévia e atual, tratamento psicológico prévio e atual.
- Identificar os sinais e sintomas de TDAH através do questionário SNAP-IV.
- Elaborar, com base na Terapia Cognitivo Comportamental, uma proposta de intervenção em grupo para crianças com TDAH e seus pais/responsáveis.
- Realizar intervenção em grupo com base na Terapia Cognitivo Comportamental;

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4851

Bairro: IMBIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 2.024.083

- Avaliar os sinais e sintomas de TDAH através do questionário SNAP-IV após a intervenção em grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: o grupo não ser atrativo, o horário demandar mudanças na rotina e falta de motivação.

BENEFÍCIOS: fornecimento de informações para promoção de saúde mental nas crianças com TDAH minimizando seus impactos e prejuízos subsequentes, além de contribuir para a construção de conhecimentos na área estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa atende todos os requisitos para realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Metodologia: adequada

Referencial teórico: atualizado

Cronograma: coerente e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

TALE: encontra-se em uma linguagem de fácil entendimento.

TCLE: adequado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1100771.pdf | 03/04/2018 14:13:02 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoTDAHcompletomarcos.docx | 03/04/2018 14:12:29 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| Orçamento | orcamentotdah.docx | 03/04/2018 14:08:36 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4851

Bairro: IMBIRIBERA

CEP: 51.150-000

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 2.624.083

| | | | | |
|---|------------------------------|------------------------|--|--------|
| Cronograma | cronogramatdah.docx | 03/04/2018 14:08:21 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALEtdahmarco.docx | 03/04/2018 14:08:07 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEtdahmarco.docx | 03/04/2018 14:07:50 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA | Aceito |
| Folha de Rosto | folharostotdah.pdf | 29/03/2018 08:09:32 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| Outros | Termodeconfidencialidade.pdf | 25/03/2018 15:35:02 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| Outros | Anuenciatdah.pdf | 25/03/2018 10:48:40 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| Outros | Lattesnielky.pdf | 25/03/2018 10:47:22 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |
| Outros | Lattesleopoldo.pdf | 25/03/2018 10:47:05 | LEOPOLDO NELSON FERNANDES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 26 de Abril de 2018

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fps.edu.br