

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL EM GRUPO (TACI-G):
MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

CURITIBA

2025

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL EM GRUPO (TACI-G):
MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Neuropatologia, Neurodesenvolvimento e Psiquiatria Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória
Coorientadora: Prof. Dra. Giovana Veloso Munhoz da Rocha

CURITIBA

2025

C824 Correia, Carolina dos Santos
Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo (TACI-G): modelo de intervenção psicossocial para o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Carolina dos Santos Correia. – Curitiba, 2025.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente, 2025.

Orientador: Gustavo Manoel Schier Dória – Coorientadora: Giovana Veloso Munhoz da Rocha.
Bibliografia: p. 125-146.

1. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Terapia comportamental. 5. Psicoterapia de grupo. 6. Assistência ambulatorial. 7. Centros de saúde. 8. Saúde da Criança. 9. Saúde do Adolescente. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Saúde Pública. 12. Terapias em estudo. 13. Hospitais Universitários. I. Universidade Federal do Paraná. II. Dória, Gustavo Manoel Schier. III. Rocha, Giovana Veloso Munhoz da. IV. Título.

NLMC: WS 350.8.A8

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR, Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.
Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE - 40001016013P8

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAROLINA DOS SANTOS CORREIA**, intitulada: **TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL EM GRUPO (TACI-G): MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, sob orientação do Prof. Dr. GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 11 de Julho de 2025.

Assinatura Eletrônica

11/07/2025 11:40:04.0

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

11/07/2025 11:15:21.0

TALLY LICHTENSZTEJN TAFLA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE)

Assinatura Eletrônica

17/07/2025 18:10:15.0

ELIZABETH SHEPHARD

Avaliador Externo (INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

11/07/2025 12:38:36.0

GIOVANA VELOSO MUNHOZ DA ROCHA

Avaliador Externo (ASSOCIACAO BRASILEIRA DE CIENCIAS DO COMPORTAMENTO)

Assinatura Eletrônica

11/07/2025 11:00:33.0

LUIS CARLOS FARHAT

Avaliador Externo (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Rua General Carneiro, 181 - 14º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-900 - Tel: (41) 3360-7994 - E-mail: ppgsca@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 465795

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 465795

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos amados, Rafael, Pedro e Mateus, minha enorme gratidão a vocês que diariamente me ensinam e me inspiram sobre o amor e sobre a vida. Ao meu amor, Renan, que compartilha seus sonhos comigo e os meus sonhos consigo, e que não mede esforços para me encorajar a seguir em frente, nossa família é o meu lugar no mundo.

Aos meus pais, José e Maria, que me apoiam incondicionalmente há muitos anos. À minha querida irmã, Jéssica, com quem compartilho muitas das alegrias e dos desafios. Fátima, minha terapeuta que me acompanha em tantas fases da vida, obrigada por cuidar de mim todos esses anos.

Às minhas amigas Kátia e Lizzie, que muito me incentivaram a persistir e seguir realizando sonhos. Lizzie, você me ensina tanto sobre maternidade e carreira, sobre seguir os valores do meu coração e sobre o real significado da amizade.

À Dra. Giovana Munhoz da Rocha, minha amiga e co-orientadora, aprendo tanto com você e colho tantos frutos que você me ajudou a semear, obrigada pelo cuidado, pelo ensino e pelo exemplo.

Ao Professor Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, agradeço pela oportunidade de trabalhar em sua equipe e receber a orientação neste estudo. Às terapeutas e pesquisadoras que trilharam comigo este caminho, Ana Gabriele Warkentin e Daniele dos Santos Doria, obrigada pela parceria.

À toda a equipe do CENEP que deu suporte à realização deste estudo. Aos meus pequenos pacientes e às suas famílias, que contam comigo para apoiá-los em seu pleno desenvolvimento, obrigada pela imensa confiança.

RESUMO

Introdução: Este estudo avaliou a eficácia da Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TACI-G-TDAH), aplicada em um serviço ambulatorial público do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra foi composta por sete meninos, entre 7 e 13 anos, todos diagnosticados com TDAH e em uso de medicação psicotrópica. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma intervenção grupal baseada na Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI-G-TDAH) em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), utilizando medidas padronizadas de comportamento. **Método:** Estudo quase-experimental com pré e pós-teste, realizado em hospital universitário público. Participaram crianças com diagnóstico de TDAH, que frequentaram sessões semanais compostas por módulos de habilidades executivas, regulação emocional, resolução de problemas e mindfulness. Os desfechos foram avaliados por meio do CBCL (Child Behavior Checklist), e os dados analisados com testes estatísticos apropriados, além da aplicação do Método JT para estimativa da significância clínica (SC) e índice de mudança confiável (IMC). **Resultados:** Foram observadas melhorias estatisticamente significativas nos domínios de problemas externalizantes, problemas de atenção, comportamento de oposição/desafio e competências sociais. A análise de SC e IMC revelou que uma parcela expressiva das crianças apresentou mudanças reais, não atribuíveis ao erro de medida, indicando efetividade clínica da intervenção. Apesar da baixa adesão, os resultados foram promissores mesmo em um cenário de saúde pública, tradicionalmente menos controlado que ambientes clínicos experimentais. **Conclusão:** A TACI-G-TDAH demonstrou ser uma estratégia terapêutica viável e eficaz no contexto do SUS, com impacto estatístico e clínico positivo em múltiplos domínios comportamentais. A aplicação dessa intervenção em unidades básicas de saúde, com as adaptações necessárias, pode ampliar o acesso e os benefícios terapêuticos para populações subatendidas.

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

ABSTRACT

Introduction: This study evaluated the effectiveness of the Group-Based Child Analytic-Behavioral Therapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (TACI-G-ADHD), implemented in a public outpatient service of the Brazilian Unified Health System (SUS). The sample consisted of seven boys aged 7 to 13, all diagnosed with ADHD and undergoing psychotropic medication treatment. **Objective:** To assess the effects of a group intervention based on Child Analytic-Behavioral Therapy (TACI-G-ADHD) in children with ADHD using standardized behavioral measures. **Method:** A quasi-experimental pre-post study conducted in a public university hospital. Children diagnosed with ADHD participated in weekly sessions covering modules on executive skills training, emotional regulation, problem-solving, and mindfulness. Outcomes were measured using the Child Behavior Checklist (CBCL), and data were analyzed with appropriate statistical tests. Additionally, the JT Method was applied to estimate clinical significance (CS) and reliable change index (RCI). **Results:** Statistically significant improvements were found in domains of externalizing problems, attention problems, oppositional-defiant behavior, and social competence. The CS and RCI analyses indicated that a substantial portion of the children showed real changes not attributable to measurement error, supporting the clinical effectiveness of the intervention. Despite low adherence, the results were promising even within the public health context, which is traditionally less controlled than experimental clinical settings. **Conclusion:** TACI-G-ADHD proved to be a feasible and effective therapeutic strategy within the SUS context, with both statistical and clinical impact across multiple behavioral domains. Its implementation in primary care units, with necessary adaptations, could enhance access and therapeutic benefits for underserved populations.

Key-words: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Children; Adolescent; Behavioral Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	- Análise do comportamento aplicada
ACT	- Terapia de Aceitação e Compromisso
ADM	- <i>Assessment Data Manager</i>
AM	- Ausência de Mudança
ASEBA	- Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach
CBCL	- <i>Child Behavior Checklist for Ages 6-18</i>
CENEP	- Centro de Neuropediatria
CHC	- Complexo do Hospital de Clínicas
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DNA	- <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
DSM	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
Ebserh	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FAP	- Psicoterapia Analítico-Funcional
FE	- Função executiva
IMC	- Índice de Mudança Confiável
MNC	- Mudança Negativa Confiável
MPC	- Mudança Positiva Confiável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCDT	- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
QI	- Quociente intelectual
RE	- Regulação emocional
NES	- Nível Socioeconômico
SC	- Significância Clínica
STP	- <i>Summer Treatment Program</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TA	- Termo de Assentimento
TAC	- Terapia Analítico Comportamental
TACI	- Terapia Analítico Comportamental Infantil
TACI-G	- Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo
TACI-G-TDAH	- Terapia Analítico Comportamental Infantil em Grupo para o TDAH

TEA	- Transtorno do Espectro Autista
TC	- Transtorno de Conduta
TCC	- Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	- Treinamento comportamental para pais
TDAH	- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD	- Transtorno Opositor Desafiador
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WISC-IV	- Escala Wechsler de Inteligência para Crianças

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)	17
2.2 EPIDEMIOLOGIA.....	20
2.3 O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	23
2.4 TRATAMENTOS	26
2.4.1 Tratamento comportamental para crianças e adolescentes com TDAH.....	30
2.4.2 Intervenções mediadas por pares	35
2.4.3 A Terapia Analítico Comportamental Infantil (TACI).....	42
2.5 A TERAPIA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL EM GRUPO	47
2.6 AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	53
2.6.1 O Inventário de Comportamento para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - Versão Brasileira do <i>Child Behavior Checklist for Ages 6-18</i> (CBCL/6-18).....	55
2.7 CONTEXTO NO BRASIL E EM PAÍSES COM RECURSOS LIMITADOS	57
3 MATERIAL E MÉTODOS	63
3.1 TIPO DO ESTUDO.....	63
3.2 LOCAL DO ESTUDO	63
3.3 INTERVENÇÃO.....	63
3.4 POPULAÇÃO FONTE	64
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	64
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	65
3.7 AMOSTRA DO ESTUDO	65

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	66
3.9 DESFECHOS CLÍNICOS	66
3.10 VARIÁVEIS DE ESTUDO	66
3.10.1 Características sociodemográficas e clínicas dos participantes	66
3.10.2 Características da intervenção	67
3.10.3 Instrumentos de avaliação utilizados	67
3.10.4 Avaliação da intervenção e percepção dos envolvidos	67
3.10.5 Variáveis intervenientes	68
3.11 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	68
3.11.1 Entrevista inicial	68
3.11.2 Critério de Classificação Econômica Brasil	69
3.11.3 Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV)	69
3.11.4 <i>Child Behavior Checklist for Ages 6-18</i>	70
3.11.5 Terapia Analítico Comportamental Infantil em Grupo para o TDAH (TACI-G-TDAH)	71
3.12 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	76
3.13 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS	78
3.14 ANÁLISE DOS DADOS	78
3.15 ÉTICA EM PESQUISA	80
3.16 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA	80
3.17 FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	80
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
4.1 ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA – A1 QUALIS CAPES	82
5 CONCLUSÕES	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	125

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA INICIAL.....	147
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	149
APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....	153
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLINICAS – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	156
ANEXO 2 - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)	159
ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS - VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18” (CBCL/6-18).....	161

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento cujo diagnóstico clínico baseia-se na identificação de um padrão precoce e persistente de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2023). A etiologia do TDAH é compreendida como multifatorial, envolvendo tanto variantes genéticas codificadas no DNA (*Deoxyribonucleic Acid*) quanto fatores ambientais — sejam eles compartilhados ou específicos — que afetam o desenvolvimento cerebral (Rohde et al., 2019; Faraone et al., 2024).

A prevalência global do TDAH em crianças e adolescentes é estimada em aproximadamente 7,2% (APA, 2023). Embora os sintomas possam apresentar remissão parcial com o passar dos anos, apenas cerca de 15% das crianças diagnosticadas com TDAH alcançam remissão completa dos sintomas e dos prejuízos funcionais na transição para a vida adulta (Faraone et al., 2021). A persistência dos sintomas ao longo do tempo caracteriza a cronicidade do transtorno, que acarreta impactos sociais, funcionais e econômicos tanto para os indivíduos quanto para a sociedade (Polanczyk et al., 2007; Posner; Polanczyk; Sonuga-Barke, 2020). Estima-se que cerca de 70% dos indivíduos com TDAH apresentem comorbidades psiquiátricas. No contexto brasileiro, os transtornos mais frequentemente associados são os Transtornos de Ansiedade (24,2% a 30,8%) e os Transtornos Disruptivos do Comportamento, como o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) (39,1% a 51,3%) e o Transtorno de Conduta (TC) (13,7% a 17,9%) (Souza et al., 2004; Thiengo; Cavalcante; Lovisi, 2014). Em relação ao impacto econômico, estima-se que, ao aumentar os investimentos no diagnóstico e tratamento do TDAH, o Brasil poderia economizar aproximadamente 3,1 vezes o valor investido, ao evitar os custos associados às consequências da não intervenção (Moreira-Maia et al., 2015).

Crianças com TDAH apresentam maior incidência de reprovações e evasões escolares, além de dificuldades relacionadas ao sono e à alimentação (Van der Kolk et al., 2015; Faraone et al., 2021). Os sintomas clínicos do transtorno costumam ser intensos e multifacetados, incluindo comportamentos disruptivos, desregulação emocional, dificuldade em lidar com recompensas tardias, resistência a regras e rotinas, dificuldade em automatizar sequências de tarefas, aversão à espera, explosividade, problemas nos relacionamentos interpessoais, baixa autoestima e prejuízos sociais e acadêmicos (Van der Kolk et al., 2015; Barkley, 2024).

Tais manifestações são frequentemente classificadas como “comportamentos externalizantes” ou disruptivos, caracterizados por agressividade e violação de normas sociais (Achenbach, 1991). Apesar das evidências robustas sobre os fatores associados ao TDAH, trata-se de uma condição ainda subdiagnosticada e subtratada no Brasil (Polanczyk et al., 2008).

O tratamento recomendado é de natureza multimodal, devendo englobar intervenções psicossociais mesmo quando há indicação de farmacoterapia (Molina et al., 1999; Wolraich et al., 2020). A medicação é essencial para o controle dos sintomas, sobretudo da impulsividade, mas sua eficácia é significativamente ampliada quando combinada com abordagens psicológicas e psicopedagógicas (Bauermeister et al., 2006). Ao reduzir a impulsividade, os medicamentos favorecem a compreensão das emoções e o planejamento de estratégias mais adaptativas de resolução de problemas. Nesse contexto, a terapia comportamental infantil desempenha um papel importante ao contribuir para a manutenção dos ganhos clínicos, por meio de estratégias consistentes e contínuas de manejo dos sintomas (Leonardi; Rubano, 2012).

A Terapia Analítico-Comportamental (TAC) fundamenta-se nos princípios da Análise do Comportamento, campo que se subdivide em três áreas inter-relacionadas: o Behaviorismo Radical, a Análise Experimental do Comportamento e a Análise Aplicada do Comportamento (Rossi; Linares; Brandão, 2020). Já a abordagem cognitiva é centrada na resolução de problemas e visa ensinar habilidades de enfrentamento que auxiliem indivíduos com TDAH a lidar com situações desafiadoras do cotidiano (Braswell; Bloomquist, 1991).

A integração entre as abordagens cognitiva e comportamental tem demonstrado resultados superiores no manejo dos sintomas do TDAH (Shrestha; Lautenschläger; Soares, 2020). Essa combinação permite que crianças identifiquem padrões de pensamento e comportamentos disfuncionais, promovendo sua modificação por meio de discussões sistemáticas e tarefas comportamentais estruturadas (Scaramuzza, 2016). A abordagem comportamental, por sua vez, busca promover e manter comportamentos adequados que sejam incompatíveis com aqueles associados ao transtorno, contribuindo de forma efetiva para o controle sintomático (Leonardi; Rubano, 2012).

No caso da população infantojuvenil, as intervenções em grupo podem ser especialmente benéficas, uma vez que proporcionam oportunidades concretas de interação com os pares, permitindo a prática de habilidades sociais, o controle de impulsos e o desenvolvimento da resolução de problemas em um contexto estruturado (Scaramuzza, 2016).

São escassos os estudos sobre o tratamento psicológico infantil em grupo, apesar de seu grande potencial terapêutico. A psicoterapia grupal apresenta vantagens inerentes à sua dinâmica, pois promove interações sociais que resultam em mudanças comportamentais motivadas pelas demandas dos próprios participantes. Esses efeitos são mediados por processos como aprendizagem por observação, modelação comportamental e feedback direto sobre os comportamentos emitidos (Scaramuzza, 2016).

Além disso, a terapia em grupo representa uma alternativa mais acessível economicamente em comparação ao atendimento individual, especialmente em países em desenvolvimento, onde o acesso à psicoterapia é frequentemente limitado (Scaramuzza, 2016; NICE, 2019). Os procedimentos comportamentais utilizados no tratamento do TDAH demonstraram viabilidade econômica, exigindo menor tempo de aplicação e demandando poucos recursos humanos, com resultados geralmente positivos (Leonardi; Rubano, 2012).

As pesquisas na área, sob a perspectiva da Análise do Comportamento, têm sido majoritariamente conduzidas em contextos escolares, com foco na instalação e manutenção de comportamentos academicamente relevantes, como o engajamento em tarefas e o desempenho acadêmico. No entanto, há uma lacuna significativa de publicações voltadas ao contexto da saúde (Leonardi; Rubano, 2012).

As intervenções familiares voltadas ao TDAH, como os treinamentos para pais, já são amplamente consolidadas na literatura. No entanto, há escassez de evidências sobre intervenções dirigidas diretamente às crianças (Shrestha; Lautenschläger; Soares, 2020). Diversos autores destacam a limitada produção científica — tanto em termos de pesquisas empíricas quanto de meta-análises — sobre intervenções psicossociais que adotem metodologias rigorosas (Rohde, 2019; Shrestha; Lautenschläger; Soares, 2020; Faraone et al., 2021).

Embora todos os tratamentos não farmacológicos avaliados até o momento tenham se mostrado seguros, nenhum apresentou efeitos fortes e consistentes sobre

os sintomas do TDAH quando submetidos a desenhos de pesquisa metodologicamente robustos (Sibley et al., 2023). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), contudo, demonstrou eficácia em reduzir as dificuldades funcionais das crianças, melhorar o comportamento e diminuir o estresse dos cuidadores, sendo, portanto, considerada uma opção viável como tratamento primário para crianças com TDAH (Sibley et al., 2023).

Um estudo conduzido por Polanczyk et al. (2008) revelou que, na América Latina, há uma carência de evidências empíricas robustas sobre tratamentos psicossociais e uma oferta limitada de recursos para intervenções comportamentais eficazes. O estudo também ressaltou a necessidade urgente de formulação de políticas públicas consistentes para a saúde mental infantil, destacando a avaliação empírica das práticas clínicas como requisito essencial para sua construção.

Apesar da robusta base de evidências sobre intervenções psicossociais para o TDAH em ambientes clínicos controlados, ainda são escassos os estudos que documentam a efetividade dessas abordagens em contextos reais de saúde pública, especialmente em países de renda média como o Brasil (Sibley et al., 2023; Moreira-Maia et al., 2015). A implementação da Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo para o TDAH (TACI-G-TDAH) no sistema público de saúde representa uma inovação importante, por se tratar de uma estratégia de baixo custo, viável em contextos de alta demanda e com escassez de recursos especializados. Tal iniciativa contribui não apenas para a ampliação do acesso, mas também para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental infantil.

Diante desse cenário, o presente estudo propõe-se a avaliar os efeitos de uma intervenção comportamental estruturada, realizada em grupo, voltada a crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da TACI-G no comportamento de crianças e adolescentes com TDAH, a partir da aplicação da escala *Child Behavior Checklist* (CBCL).

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil comportamental e as competências sociais de crianças e/ou adolescentes com TDAH, segundo a percepção de seus pais ou responsáveis, antes do início da intervenção;
- b) Avaliar a viabilidade de implementação da TACI-G-TDAH no contexto de serviços públicos de saúde para crianças em idade escolar, considerando indicadores de adesão, aceitabilidade por parte das famílias e aplicabilidade do protocolo no SUS;
- c) Sistematizar e descrever detalhadamente o protocolo da TACI-G-TDAH, de forma a subsidiar sua replicação em contextos clínicos e/ou escolares e contribuir para sua disseminação como prática baseada em evidências.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)

Capacidade atencional reduzida, impulsividade e agitação motora são manifestações comuns nas fases iniciais do desenvolvimento infantil e podem ocorrer de forma transitória em resposta a estressores ambientais (Rohde et al., 2019). No entanto, em um número significativo de crianças e adolescentes, esses comportamentos se apresentam de maneira persistente, intensa e desproporcional ao estágio de desenvolvimento esperado, configurando-se como precursores dos prejuízos funcionais típicos do TDAH (Goldman et al., 1998; Thome; Jacobs, 2004; Rohde et al., 2019).

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento com diagnóstico considerado confiável e válido quando realizado com base em critérios clínicos padronizados (Faraone et al., 2024; Kaduson; Schaefer, 2021). Esse diagnóstico é eminentemente clínico e fundamenta-se na identificação de um padrão precoce e persistente de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que afetam negativamente o funcionamento adaptativo ou o desenvolvimento global do indivíduo (APA, 2022).

O transtorno pode se manifestar em três apresentações clínicas distintas: apresentação predominantemente combinada, predominantemente desatenta e predominantemente hiperativa/impulsiva (Schaefer, 2021; APA, 2022). Há importantes diferenças relacionadas ao sexo na expressão sintomática e nos padrões de diagnóstico. Meninos apresentam maior probabilidade de serem diagnosticados com TDAH — cerca de três vezes mais do que meninas — e tendem a exibir sintomas mais marcadamente hiperativos/impulsivos, geralmente associados a comportamentos externalizantes (Rucklidge, 2010). Já as meninas tendem a apresentar sintomas predominantemente desatentos, caracterizados por comportamentos mais internalizantes e, por vezes, menos reconhecidos clinicamente (Rucklidge, 2010; APA, 2022; Salari et al., 2023).

A etiologia do TDAH é compreendida como multifatorial, com predomínio de fatores genéticos. Estudos indicam que variantes de DNA codificadas no genoma, associadas a fatores ambientais compartilhados ou não compartilhados, influenciam o desenvolvimento cerebral e contribuem para o surgimento do transtorno. Embora

diversos correlatos ambientais tenham sido identificados, estabelecer uma relação causal definitiva ainda é um desafio (Faraone et al., 2024).

Estima-se que fatores genéticos expliquem cerca de 80% do coeficiente de herdabilidade do TDAH, o que caracteriza o transtorno como de herança poligênica. A presença de familiares biológicos com diagnóstico de TDAH — ou mesmo com sintomas subclínicos — é um importante marcador de risco (Faraone; Larsson, 2018; Gidziela et al., 2023). Estudos com gêmeos e familiares demonstram que a herdabilidade do TDAH é semelhante entre os sexos, estágios do desenvolvimento e domínios sintomáticos, e que os mesmos fatores genéticos estão implicados tanto nos casos clínicos quanto em manifestações subclínicas presentes na população geral (Nikolas; Burt, 2010; Brikell; Kuja-Halkola; Larsson, 2015; Polderman et al., 2015; Faraone; Larsson, 2018).

Pesquisas com variantes genéticas comuns e raras convergem na identificação de múltiplos loci associados ao TDAH, muitos dos quais implicam processos relacionados ao neurodesenvolvimento. Esses achados são coerentes com a associação entre o transtorno e alterações estruturais e funcionais no cérebro (Faraone et al., 2024). No entanto, a maior parte dos estudos genéticos foi conduzida com amostras de ancestralidade europeia, o que limita a generalização dos resultados. Apesar disso, os avanços na compreensão da base genética do TDAH têm ampliado as expectativas quanto ao uso futuro dessas descobertas na estratificação de risco, prognóstico e personalização do tratamento (Polderman et al., 2015; Demontis et al., 2023).

Por fim, embora a origem genética do TDAH esteja bem estabelecida, as pontuações poligênicas atualmente disponíveis ainda não apresentam acurácia suficiente para serem utilizadas no diagnóstico clínico ou na condução do tratamento (Ronald; De Bode; Polderman, 2021; Faraone et al., 2024).

Diversos fatores ambientais têm sido implicados na etiologia do TDAH, incluindo exposição a toxinas, prematuridade, baixo peso ao nascer, exposição intrauterina ao tabaco, lesões cerebrais traumáticas e privação institucional (Adeyemo et al., 2014; Asarnow et al., 2021). Esses fatores, apesar de não serem determinantes únicos, parecem interagir com vulnerabilidades genéticas e influenciar negativamente o neurodesenvolvimento.

O nível socioeconômico (NSE) também tem sido amplamente investigado como um correlato ambiental relevante. Crianças provenientes de famílias com baixo SES apresentam o dobro de probabilidade de desenvolver TDAH em comparação com aquelas oriundas de famílias de alto NES (Spencer; Blackburn; Read, 2022). Entretanto, a direção dessa associação ainda é debatida: há evidências de que o baixo NES pode contribuir para o desenvolvimento do transtorno, mas também de que o TDAH, por afetar o funcionamento familiar e o desempenho ocupacional dos pais, pode levar a uma queda no NES (Burt, 2009; Schmengler et al., 2021; Faraone et al., 2024).

Estudos com gêmeos sugerem que os correlatos ambientais mais diretamente associados ao TDAH tendem a ser específicos do indivíduo, em vez de fatores compartilhados por todos os membros da família, como o NES. Além disso, há evidências de que tanto o TDAH quanto o status socioeconômico têm componentes genéticos parciais e que estão geneticamente correlacionados. Isso implica que famílias de baixo NES podem transmitir, além do ambiente adverso, um risco genético elevado para o desenvolvimento do transtorno (Marees et al., 2021). Estudos genéticos recentes indicam que essa associação se deve a mecanismos múltiplos, incluindo a transmissão genética direta e os efeitos ambientais adversos do baixo NES sobre a saúde mental infantil (Faraone et al., 2024).

A heterogeneidade do TDAH é evidente na ampla variabilidade da apresentação sintomática, nos diferentes níveis de comprometimento funcional, na diversidade de condições mentais e físicas comórbidas, nos domínios de prejuízo neurocognitivo e nas marcantes diferenças estruturais e funcionais do cérebro entre indivíduos com o transtorno (Faraone et al., 2024). Apesar dos avanços no conhecimento sobre fatores de risco e manifestações clínicas, pouco se sabe sobre os elementos que promovem resiliência em pessoas com predisposição ao TDAH.

A resiliência pode ser compreendida como a presença de recursos compensatórios que atenuam o surgimento ou a gravidade dos sintomas. Mecanismos frequentemente associados a essa proteção incluem aceitação social, parentalidade positiva e senso de autoeficácia (Dvorsky; Langberg, 2016; Faraone et al., 2024). Há indícios de que a resiliência social, intelectual e emocional possa retardar o início do transtorno ou mitigar seu impacto (Faraone et al., 2024).

A evidência mais robusta em relação a fatores promotores e protetores no contexto do TDAH concentra-se nos sistemas sociais e familiares (Dvorsky; Langberg, 2016). Estudos transversais preliminares também apontam para o papel positivo de amizades de qualidade, apoio social e relacionamentos interpessoais saudáveis no ajuste psicológico de indivíduos com sintomas de TDAH. Além disso, fatores sociais e comunitários, como a competência social e os vínculos positivos com colegas, estão significativamente associados à capacidade de adolescentes de se adaptarem a estressores cotidianos (Dvorsky; Langberg, 2016).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Os estudos de prevalência do TDAH apresentam ampla variabilidade em suas estimativas, refletindo tanto diferenças metodológicas quanto culturais. O relatório mais recente do *Global Burden of Disease*, publicado em 2022, estimou uma prevalência global padronizada por idade de 1,24% em 1990 e 1,13% em 2019, com taxas consistentemente mais elevadas entre homens (1990: 1,77%; 2019: 1,61%) do que entre mulheres (1990: 0,70%; 2019: 0,63%) (GBD, 2022). Entretanto, algumas críticas foram relacionadas, especialmente no que diz respeito à estimativa da prevalência global baseada em imputações para países sem dados primários. Em resposta, Cortese et al. (2023) recalcularam a prevalência global do TDAH utilizando exclusivamente dados epidemiológicos reais, obtidos por meio de estudos populacionais, e imputando dados apenas para contextos sem evidência empírica. Segundo essa análise, a prevalência bruta do TDAH aumentou de 72,4 milhões de casos em 1990 para mais de 84 milhões em 2019, o que representa um aumento relativo de 16,9% no período.

Curiosamente, não foram observadas diferenças significativas nas taxas de prevalência entre países de baixa e média renda (5,65%) e países de alta renda (5,47%) (Cortese et al., 2023). Entre os fatores que influenciam a variação das estimativas estão o sistema diagnóstico utilizado [por exemplo, CID (Classificação Internacional de Doenças) versus DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)], sendo que estudos baseados na CID tendem a gerar estimativas mais conservadoras (Cortese et al., 2023; APA, 2023; Salari et al., 2023).

Além dos aspectos metodológicos, há também variações culturais relevantes: diferenças nas normas comportamentais e nas expectativas sociais quanto ao

comportamento infantil podem influenciar tanto a identificação quanto a interpretação de sintomas de TDAH, contribuindo para variações nas taxas de prevalência entre diferentes contextos socioculturais (APA, 2022).

Estudos epidemiológicos indicam que o TDAH apresenta uma prevalência global estimada de 7,2% entre crianças e adolescentes (APA, 2022). Uma meta-análise recente encontrou prevalência de 7,6% em crianças e 5,6% em adolescentes, corroborando os achados de Polanczyk et al. (2007) quanto à maior prevalência em faixas etárias mais jovens (Salari et al., 2023). Em relação às apresentações clínicas, a mesma meta-análise identificou proporções semelhantes entre os subtipos: 33,2% para o subtipo desatento, 30,3% para o hiperativo-impulsivo e 31,4% para o combinado. Outra revisão sistemática apontou o subtipo desatento como o mais comum (3%), seguido pelos subtipos hiperativo (2,95%) e combinado (2,44%), com pouca variação entre eles (Ayano et al., 2023). Esses resultados são consistentes com estudos anteriores, que estimaram a prevalência global entre 2% e 7% (Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2007; Sayal et al., 2018; GBD, 2022).

Embora a gravidade dos sintomas possa diminuir ao longo da adolescência, cerca de dois terços das crianças com TDAH continuam a apresentar sintomas clinicamente relevantes na vida adulta, mesmo que em níveis subclínicos (Faraone; Biederman; Mick, 2006; Wootton et al., 2022). Estudos longitudinais indicam que apenas 15% mantêm o diagnóstico completo na fase adulta, enquanto entre 40% e 60% continuam a manifestar sintomas, ainda que com menor intensidade (Faraone; Biederman; Mick, 2006). Crianças com apresentação predominantemente desatenta tendem a exibir menos comportamentos externalizantes e, por isso, frequentemente são identificadas e encaminhadas mais tardiamente ao tratamento (Faraone et al., 2024).

Apesar de o TDAH ser um transtorno do neurodesenvolvimento com início na infância, muitos casos são diagnosticados tardiamente. Apenas 56,8% dos indivíduos recebem diagnóstico até os 14 anos; 73,0% até os 18 anos; e 91,8% até os 25 anos (Solmi et al., 2021). O curso do transtorno é dinâmico: sintomas e níveis de comprometimento funcional tendem a oscilar ao longo do desenvolvimento, sendo agravados por fatores como baixa autorregulação, suporte social insuficiente, condições comórbidas e comportamentos desadaptativos (Pedersen et al., 2020; Grevet et al., 2022).

Além disso, pouco se sabe sobre a prevalência e o curso do TDAH em populações de minorias raciais e étnicas. Apesar da escassez de dados, evidências apontam para disparidades significativas no acesso ao diagnóstico e tratamento. Estudos populacionais sugerem que crianças negras e latinas, mesmo apresentando sintomas clínicos evidentes, são subdiagnosticadas com maior frequência do que crianças brancas (Coker et al., 2016; Shi et al., 2021), refletindo desigualdades estruturais na assistência à saúde (Slobodin; Masalha, 2020).

O TDAH frequentemente coexiste com outras condições psiquiátricas e somáticas, sendo a presença de comorbidades associada a maior gravidade sintomática e piores desfechos ao longo da vida (Biederman; Newcorn; Sprich, 1991; Dalsgaard et al., 2015; Sun et al., 2019; Hartman et al., 2023). Estima-se que entre 70% e 80% dos indivíduos com TDAH apresentem, ao longo da vida, pelo menos um transtorno mental ou comportamental comórbido (Faraone et al., 2024).

Na infância, meta-análises de estudos populacionais indicaram prevalência combinada de 10,7% para TC, 5,5% para transtorno depressivo maior e 3% para transtornos de ansiedade em indivíduos com TDAH (Angold; Costello; Erkanli, 1999). O TOD também é amplamente referenciado como uma comorbidade comum, especialmente em meninos com manifestações externalizantes (Biederman et al., 2008a; 2008b). Além das condições psiquiátricas, o TDAH também está associado a comorbidades somáticas, como dermatite, obesidade, asma e rinite em crianças e adolescentes, e diabetes tipo 2 em adultos (Instanes et al., 2016; Kittel-Schneider et al., 2021; Arrondo et al., 2022).

O impacto econômico do TDAH é substancial. Um estudo realizado na Austrália estimou que, em 2019, os custos totais associados ao transtorno alcançaram 20,57 bilhões de dólares australianos — o equivalente a 836 dólares per capita —, sendo 63% referentes a custos financeiros diretos e 37% relacionados à perda de bem-estar, incluindo redução da qualidade de vida, funcionamento desadaptativo e mortalidade prematura (Deloitte Access Economics, 2019). No Brasil, estimativas indicam que o país desperdiça anualmente cerca de R\$ 1,841 bilhão devido às consequências diretas da não intervenção terapêutica em crianças e adolescentes com TDAH entre 5 e 19 anos, considerando apenas os benefícios comprovados do tratamento com metilfenidato (Maia et al., 2015). Caso todos os pacientes fossem tratados de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS),

haveria uma economia estimada de R\$ 1,163 bilhão ao ano, decorrente da redução da repetência escolar e da queda nas taxas de acidentes relacionados ao transtorno não tratado (Barbaresi et al., 2007; Raman et al., 2013).

Além do impacto econômico, os prejuízos funcionais na vida adulta são expressivos. Dados recentes do Brasil demonstram que adultos com TDAH não tratado apresentam maior prevalência de desemprego, sintomas de depressão, ansiedade e abuso de substâncias, bem como histórico de bullying, abuso sexual e piores indicadores de saúde física. Esses achados permaneceram significativos mesmo após o controle por variáveis socioeconômicas e são consistentes com padrões observados em países de alta renda (Mattos et al., 2024).

Em suma, o TDAH é altamente prevalente entre crianças e adolescentes, com os meninos apresentando aproximadamente o dobro de probabilidade de receber o diagnóstico em comparação com as meninas (Ayano et al., 2023). Entre os três subtipos clínicos, o de apresentação predominantemente desatenta tem se mostrado o mais frequente nas amostras populacionais (Ayano et al., 2023; Salari et al., 2023). Os achados das pesquisas epidemiológicas reforçam a urgência de estratégias eficazes de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado do TDAH na infância e adolescência, de modo a mitigar seus impactos ao longo do desenvolvimento (Polanczyk et al., 2007; Polanczyk et al., 2015; Sayal et al., 2018; GBD, 2022; Ayano et al., 2023; Cortese et al., 2023; Salari et al., 2023; Faraone et al., 2024).

2.3 O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas, crianças e adolescentes representam, respectivamente, cerca de 30% e 14,2% da população mundial (WHO, 2023). A média global da prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais nessa população é estimada em 15,8% (Thiengo; Cavalcante; Lovisi, 2014). Essa taxa tende a aumentar com a idade: entre pré-escolares, a prevalência média é de 10%, enquanto entre adolescentes chega a 16% (Thiengo; Cavalcante; Lovisi, 2014).

No Brasil, estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de problemas de saúde mental na infância e adolescência varia entre 10% e 20%, dependendo da

região avaliada, da exposição a fatores de risco e dos métodos utilizados (Fatori et al., 2018; Machado et al., 2014; Paula; Duarte; Bordin, 2007; Polanczyk et al., 2012; Paula et al., 2015). Esses transtornos frequentemente assumem um curso crônico, resultando em prejuízos sociais, funcionais e econômicos significativos (Kim-Cohen et al., 2003; Machado et al., 2014;). Em termos absolutos, essas estimativas sugerem que cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes brasileiros convivem com algum transtorno mental (Polanczyk et al., 2012).

Entre os transtornos mais prevalentes nessa faixa etária, destaca-se o TDAH, amplamente documentado como um dos principais transtornos do neurodesenvolvimento na infância e adolescência (Rocha et al., 2013; Paula et al., 2015). Os resultados de pesquisas brasileiras corroboram as evidências internacionais, confirmando o TDAH como um dos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes entre crianças e adolescentes (Thiengo; Cavalcante; Lovisi, 2014; Fatori et al., 2018; Machado et al., 2014; Paula et al., 2015; Silk et al., 2016).

O TDAH está associado a prejuízos significativos em diversos domínios funcionais, com sintomas que frequentemente emergem já no período pré-escolar e podem persistir até a vida adulta. Há grande heterogeneidade na apresentação clínica e nos impactos associados, o que demanda atenção ao longo de todo o desenvolvimento (Lahey et al., 2005; Waschbusch et al., 2007; Landis et al., 2021). Crianças e adolescentes com TDAH apresentam prejuízos duradouros em múltiplos domínios — incluindo saúde mental, desempenho acadêmico e cognitivo, funcionamento social e relações familiares — com efeitos significativos no funcionamento cotidiano (Silk et al., 2016). Embora entre 30% e 40% das crianças apresentem alguma redução dos sintomas na adolescência, os prejuízos associados tendem a ser persistentes, estando relacionados a maiores riscos de fracasso escolar, evasão precoce, envolvimento em atividades criminosas, uso de substâncias e desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas (Silk et al., 2016).

O diagnóstico do TDAH na infância e adolescência é clínico e baseado em critérios operacionais bem definidos pelos sistemas classificatórios internacionais, como o DSM e a CID (APA, 2022; Coghill et al., 2023). Entrevistas estruturadas ou semiestruturadas com os pais constituem ferramentas diagnósticas fundamentais, permitindo avaliar a gravidade dos sintomas, os contextos em que ocorrem, sua duração, início, possíveis remissões e a presença de comorbidades (Coghill et al.,

2023; Faraone et al., 2024). Em crianças em idade pré-escolar, recomenda-se complementar as entrevistas com observações comportamentais estruturadas em ambientes clínicos ou escolares. Nessa faixa etária, as avaliações dos professores são particularmente valiosas, uma vez que esses profissionais têm maior experiência em distinguir comportamentos normativos dos não normativos, por interagirem com muitas crianças da mesma faixa etária (Faraone et al., 2024).

Em adolescentes, além das informações dos cuidadores, os auto-relatos ganham importância diagnóstica, favorecendo tanto a identificação de sintomas não percebidos pelos pais quanto a construção de uma aliança terapêutica mais sólida (Evans et al., 2005). Diretrizes internacionais de boas práticas recomendam que o diagnóstico seja baseado em uma combinação de entrevista clínica, observações diretas, histórico familiar, e avaliação de comprometimento funcional e de comorbidades, tanto físicas quanto psiquiátricas (Coghill et al., 2023).

Instrumentos padronizados, como escalas de avaliação, são considerados ferramentas auxiliares importantes no processo diagnóstico e no monitoramento do tratamento, mas não constituem o padrão ouro para o diagnóstico do TDAH (Coghill et al., 2023). A avaliação neuropsicológica, por sua vez, embora possa ser útil para o delineamento de estratégias terapêuticas individualizadas, não é considerada essencial para a confirmação diagnóstica (Coghill et al., 2023).

Crianças com TDAH do subtipo combinado tendem a apresentar maiores níveis de comorbidades, tanto internalizantes quanto externalizantes, além de comportamentos mais disruptivos no ambiente escolar, em comparação com aquelas diagnosticadas com o subtipo predominantemente desatento. Essa heterogeneidade clínica tem sido atribuída, ao menos parcialmente, a diferenças nos processos neuropsicológicos subjacentes, como Função Executiva (FE) e Regulação Emocional (RE) (Souza et al., 2004).

Estudos sugerem que os sintomas de desatenção estão mais fortemente associados a déficits em FE — que incluem dificuldades em memória de trabalho, planejamento e inibição —, enquanto os sintomas de hiperatividade e impulsividade estão mais relacionados a déficits em RE, como dificuldade em identificar, compreender e gerenciar emoções (Souza et al., 2004). Modelos teóricos propostos por Barkley (1997, 2021) e Nigg et al. (2005) sustentam que o TDAH tem como base um comprometimento nas FE, o que contribui para dificuldades de antecipação e

controle comportamental. Além disso, déficits precoces em FE têm sido identificados como possíveis fatores de risco etiológico para o transtorno (Nigg et al., 2005).

Além dos prejuízos em FE, crianças com TDAH apresentam déficits significativos em diversos aspectos da RE, incluindo maior reatividade emocional, menor capacidade de reconhecimento emocional e uso inadequado de estratégias de regulação (Graziano; Garcia, 2016). Esses déficits também são observados em transtornos externalizantes frequentemente comórbidos, como o TOD, reforçando o papel central da RE na psicopatologia do TDAH (Martel; Nigg, 2006; Nigg et al., 2005).

Tais déficits em RE já são evidentes desde a pré-escola, sendo documentados por meio de avaliações comportamentais e medidas fisiológicas, como alterações nos mecanismos parassimpáticos de regulação emocional (Cole et al., 1996; Musser et al., 2011). Evidências neuroanatômicas também apontam para o envolvimento de circuitos cerebrais específicos na gênese da desregulação emocional no TDAH, consolidando a RE como um componente central na conceitualização clínica do transtorno (Barkley, 2024).

2.4 TRATAMENTOS

A farmacoterapia é amplamente reconhecida como tratamento de primeira linha para o TDAH, especialmente quando associada a modificações ambientais no contexto familiar e escolar (NICE, 2019). Diversos ensaios clínicos randomizados demonstraram de forma consistente a eficácia dos medicamentos na redução dos sintomas nucleares do transtorno. A Academia Americana de Pediatria recomenda a combinação entre farmacoterapia e terapia comportamental como abordagem ideal para crianças e adolescentes, sendo que a terapia comportamental pode ser indicada como primeira escolha em crianças em idade pré-escolar. No entanto, o uso de medicação pode ser necessário quando a gravidade dos sintomas limita a resposta ao tratamento não farmacológico (NICE, 2019; Wolraich et al., 2019; Faraone et al., 2024).

As principais classes de medicamentos aprovadas por agências reguladoras como a *Federal Drug Administration* incluem os estimulantes — como as formulações de metilfenidato e anfetamina — e os não estimulantes, como os inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina e os agonistas adrenérgicos (Faraone et al., 2024). As diretrizes clínicas recomendam os estimulantes como primeira escolha para o

tratamento do TDAH em crianças e adolescentes, dada sua comprovada eficácia (Coghill et al., 2023; Faraone et al., 2024).

Em relação à tolerabilidade, estudos indicam que os medicamentos para TDAH são bem tolerados no curto prazo. Os efeitos adversos mais comuns, como insônia, redução do apetite e desconforto gastrointestinal, são geralmente leves e manejáveis, e sua frequência é comparável à observada em grupos placebo quando analisados adequadamente (Coghill et al., 2023). O monitoramento clínico rotineiro desses eventos adversos é recomendado em todas as diretrizes de boas práticas.

Apesar das evidências robustas quanto à eficácia no curto prazo, ainda há uma lacuna significativa de estudos metodologicamente rigorosos que avaliem os efeitos da farmacoterapia em longo prazo. Essa limitação se estende também ao monitoramento de eventos adversos prolongados, sendo agravada pelas dificuldades estatísticas para detectar efeitos raros (Wong et al., 2019; Coghill et al., 2023).

Embora amplamente investigados em revisões sistemáticas e meta-análises de alta qualidade, os tratamentos não farmacológicos para o TDAH têm apresentado evidências limitadas no que se refere à eficácia direta sobre os sintomas centrais do transtorno, principalmente quando comparados aos psicoestimulantes (NICE, 2019; Coghill et al., 2023; Faraone et al., 2024). A maioria desses estudos concentra-se na eficácia e efetividade, deixando de abordar com profundidade a aceitabilidade e os eventos adversos dessas intervenções (Coghill et al., 2023).

Apesar de sua menor eficácia relativa, os tratamentos não farmacológicos desempenham um papel importante no manejo abrangente do TDAH. São especialmente indicados para casos em que os sintomas não respondem bem à medicação, para o tratamento de comorbidades — como comportamentos disruptivos, desregulação emocional e baixa autoestima —, ou ainda para indivíduos com contraindicações ou preferências contrárias ao uso de medicamentos (Sonuga-Barke et al., 2013; Faraone; Antshel, 2014; Faraone et al., 2024). Em crianças em idade pré-escolar, por exemplo, o tratamento não farmacológico deve ser considerado como primeira linha terapêutica (Faraone et al., 2024).

As diretrizes clínicas são unânimes quanto à importância das intervenções psicossociais, mas diferem quanto ao momento ideal de sua implementação (Coghill et al., 2023). Fatores como percepção negativa sobre os medicamentos, baixa tolerabilidade aos efeitos colaterais ou benefícios clínicos insuficientes contribuem

para a busca por abordagens alternativas. Além disso, os medicamentos não atuam sobre fatores psicossociais que podem exacerbar os riscos biológicos, o que reforça o valor dos tratamentos não farmacológicos no contexto terapêutico (Sibley et al., 2023).

Com o aumento da disponibilidade dessas abordagens, surgem questionamentos sobre quais são efetivamente seguras, eficazes e em que contextos devem ser aplicadas. Um estudo recente revisou a literatura sobre tratamentos não farmacológicos para TDAH na infância e adolescência, priorizando pesquisas com alto rigor metodológico e desfechos clinicamente significativos para pacientes e famílias (Sibley et al., 2023). Os resultados indicaram que, embora nenhum tratamento não farmacológico isolado tenha demonstrado efeitos fortes e consistentes nos sintomas nucleares do TDAH, várias intervenções mostraram benefícios importantes em domínios funcionais mais amplos.

Entre essas abordagens, a terapia comportamental se destaca como a única intervenção não farmacológica recomendada como tratamento primário, sobretudo devido ao seu impacto positivo no comportamento adaptativo (Groenman et al., 2022; Pelham et al., 2016). Abordagens nutricionais e técnicas de mindfulness foram classificadas como intervenções secundárias, com efeitos consistentes, embora modestos (Sibley et al., 2023). Outras estratégias, como neurofeedback, terapia corporal e treino cognitivo, apresentaram evidências inconsistentes ou insuficientes de eficácia.

Apesar de seu potencial terapêutico, os tratamentos não farmacológicos permanecem subutilizados, sobretudo em contextos comunitários, devido ao seu maior custo e complexidade de implementação quando comparados à farmacoterapia (Sibley et al., 2023; Faraone et al., 2024).

As intervenções nutricionais no tratamento do TDAH incluem o uso de suplementos alimentares, dietas específicas, restrições alimentares e atividade física (Faraone et al., 2024). Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados indicam que suplementos como ácidos graxos ômega-3, micronutrientes de amplo espectro e a exclusão de aditivos alimentares (por exemplo, corantes e conservantes) promovem reduções pequenas a moderadas nos sintomas do TDAH (Sonuga-Barke et al., 2013; Faraone et al., 2024). Já as dietas de eliminação, baseadas em alimentos hipoalergênicos, mostram resultados variáveis, dependendo do perfil da amostra e do

delineamento metodológico (Faraone et al., 2024). Dietas saudáveis e estruturadas, como a dieta mediterrânea ou a abordagem *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, demonstram potencial promissor, mas carecem de evidências robustas para recomendações clínicas amplas. A atividade física, por sua vez, pode proporcionar alívio temporário de sintomas, porém seu impacto a longo prazo permanece limitado (Tourjman et al., 2022; Faraone et al., 2024).

O início do tratamento com intervenção comportamental, em vez da medicação, tem sido associado a melhores resultados globais, especialmente quando seguido por tratamento combinado. A combinação entre terapia comportamental e farmacoterapia mostra benefícios incrementais em domínios como comportamento adaptativo (incluindo humor, regulação de comportamento disruptivo e manejo do tempo) e práticas parentais (Pelham et al., 2016).

As principais abordagens psicossociais com respaldo empírico para crianças e adolescentes com TDAH são a TAC e a TCC (Sibley et al., 2023). Ambas as abordagens envolvem múltiplos componentes, como participação dos pais ou cuidadores, modificação de comportamentos com base em princípios de aprendizagem operante e uso de estratégias cognitivas para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação e funcionamento executivo (Sibley et al., 2023). Tais intervenções visam reduzir o impacto funcional do TDAH por meio da modificação de fatores ambientais (como práticas educativas e familiares) e psicológicos (Faraone et al., 2024).

A terapia comportamental possui um corpo significativo de evidências oriundas de pesquisas de alta qualidade — embora a maioria sem cegamento completo, o que limita a força causal das conclusões (Pelham et al., 2016; Sibley et al., 2023). A literatura, no entanto, é complexa e heterogênea, o que levou a conclusões divergentes entre revisões sistemáticas quanto à eficácia geral das intervenções. Isso se deve, em parte, à diversidade de formatos e componentes dos tratamentos comportamentais (Sibley et al., 2023; Chacko et al., 2024).

Entre os componentes mais frequentes nas intervenções estudadas estão o uso de reforço operante e o treinamento parental. Além disso, estratégias voltadas ao desenvolvimento de habilidades — como treino de habilidades sociais, resolução de problemas e organização — estiveram presentes em aproximadamente metade dos programas analisados (Sibley et al., 2023).

De acordo com as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence, o tratamento de primeira linha para crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de TDAH deve ser um programa de treinamento parental em grupo, especificamente voltado para o manejo do transtorno. Caso os sintomas persistam em múltiplos contextos e continuem a causar prejuízos significativos após a implementação e revisão de modificações ambientais, recomenda-se a busca por aconselhamento especializado em serviços com expertise no manejo de TDAH em crianças pequenas (NICE, 2009). Os programas de treinamento parental devem incluir psicoeducação sobre o transtorno, estratégias práticas de parentalidade e, sempre que possível, envolver ambos os pais ou cuidadores.

Para crianças em idade escolar e adolescentes, a terapia comportamental deve ser considerada quando, mesmo após resposta positiva à medicação, persistirem sintomas com impacto funcional significativo em pelo menos um domínio. As intervenções devem abranger o desenvolvimento de habilidades sociais, estratégias de resolução de problemas, autocontrole, regulação e expressão emocional (NICE, 2019). Evidências empíricas sustentam os benefícios da terapia comportamental nessa população, especialmente em contextos de sintomatologia persistente apesar do tratamento farmacológico (Evans et al., 2018; NICE, 2019).

Embora o tratamento farmacológico ainda seja considerado a primeira linha de manejo para o TDAH, intervenções comportamentais baseadas em evidências são amplamente reconhecidas como estratégias eficazes e estabelecidas para crianças e adolescentes (Pelham; Fabiano, 2008; Fabiano et al., 2009; Evans; Bunford, 2013; Pfiffner; Haack, 2014; Evans et al., 2018; Sibley et al., 2023; Chacko et al., 2024).

As diretrizes nacionais e internacionais são consistentes ao recomendar a inclusão da psicoeducação para indivíduos com TDAH e seus familiares, treinamento comportamental para pais, intervenções mediadas por pares ou realizadas em sala de aula, e o ensino de habilidades organizacionais como parte do plano de tratamento multimodal (Brasil, 2022; Sibley et al., 2023; Chacko et al., 2024).

2.4.1 Tratamento comportamental para crianças e adolescentes com TDAH

Embora as diretrizes clínicas reconheçam amplamente a eficácia da terapia comportamental no tratamento do TDAH, ainda há falta de consenso quanto à melhor ordem, combinação ou momento ideal para sua implementação (Pelham; Fabiano,

2008; Evans; Owens; Bunford, 2014; Evans et al., 2018; APA, 2022; Chacko et al., 2024). As bases teóricas das intervenções comportamentais estão ancoradas na teoria da tríplice contingência, que descreve a relação entre três elementos: um estímulo antecedente (ou contexto), uma resposta comportamental e uma consequência (Millenson, 1967).

Segundo esse modelo, o comportamento tende a aumentar de frequência quando seguido por reforço positivo (apresentação de estímulo reforçador) ou reforço negativo (remoção de estímulo aversivo), e a diminuir quando seguido por punição positiva (introdução de estímulo aversivo) ou punição negativa (retirada de estímulo reforçador) (Patterson, 1982; Pfiffner; Haack, 2015). O uso consistente do manejo de contingências possibilita, portanto, a modificação sistemática do comportamento.

Além da tríplice contingência, o tratamento comportamental também se baseia na teoria da aprendizagem social, que incorpora mecanismos como modelagem, imitação de comportamentos observados e fatores cognitivos no processo de aprendizagem (Pfiffner; Haack, 2015). Abordagens comportamentais são consideradas as intervenções não farmacológicas com maior respaldo empírico para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes (Evans; Owens; Bunford, 2014).

Entre as intervenções comportamentais baseadas em evidências destacam-se: o treinamento comportamental para pais (TCP), a gestão comportamental em sala de aula, o treinamento de habilidades organizacionais, as intervenções mediadas por pares e os programas combinados de manejo comportamental (APA, 2022).

A elaboração de um plano de intervenção comportamental tem como ponto de partida a análise funcional do comportamento (Rossi; Linares; Brandão, 2020). A análise funcional do comportamento consiste na identificação de comportamentos-alvo cuja frequência se deseja aumentar ou reduzir, bem como dos fatores ambientais que os antecedem e sucedem (Pfiffner; Haack, 2015). Essa análise permite determinar a “função” do comportamento — por exemplo, obtenção de atenção ou fuga de demandas — e oferece a base empírica para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas específicas.

Os comportamentos, seus antecedentes e consequências são definidos de forma objetiva e mensurável, possibilitando a construção de um plano de intervenção sistemático. Os comportamentos-alvo geralmente representam prejuízos funcionais na vida cotidiana da criança e nem sempre coincidem diretamente com os sintomas

listados nos sistemas classificatórios (Pelham; Fabiano; Massetti, 2005). Ao modificar os antecedentes e consequências que mantêm determinado comportamento, torna-se possível reduzir sua ocorrência e favorecer comportamentos mais adaptativos, de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos (Pfiffner; Haack, 2015; Rossi; Linares; Brandão, 2020).

O TCP é amplamente reconhecido como um tratamento bem estabelecido para o TDAH, respaldado por evidências obtidas por meio de estudos com elevado rigor metodológico (Pfiffner; Haack, 2015; NICE, 2019; Faraone et al., 2024). Intervenções comportamentais combinadas — que integram o TCP a componentes voltados ao manejo escolar ou ao próprio comportamento da criança — também são classificadas como tratamentos bem estabelecidos (Evans; Owens; Bunford, 2013; Chacko et al., 2024).

O TCP tem como objetivo capacitar os pais no manejo eficaz das contingências ambientais, visando promover mudanças no comportamento da criança e melhorar a qualidade das interações familiares (APA, 2022). Estudos demonstram que o TCP resulta em melhorias significativas nos sintomas clínicos do TDAH e do TOD, em especial na redução de comportamentos disruptivos e agressivos, além de ganhos funcionais gerais, quando comparado com tratamentos alternativos, listas de espera ou cuidados habituais (Pfiffner; Haack, 2015).

O TCP também tem sido implementado em conjunto com intervenções centradas na criança, como treinamentos de habilidades sociais ou organizacionais e programas mediadores entre pares (Fabiano; Schatz; Pelham, 2014). Tais abordagens têm como foco o aprimoramento das competências sociais e acadêmicas da criança. Resultados de estudos com intervenções combinadas — envolvendo TCP, consultoria escolar e terapia comportamental infantil — demonstraram reduções significativas em sintomas de desatenção e lentidão cognitiva, bem como melhorias marcantes nas habilidades sociais e organizacionais (Pfiffner et al., 2007; Pfiffner; Haack, 2014).

Dada a forte relação entre o TDAH e os desafios enfrentados no contexto escolar — onde há alta demanda por atenção sustentada e autorregulação —, muitas intervenções comportamentais voltam-se especificamente à melhora do desempenho acadêmico e da conduta em sala de aula (Chacko et al., 2024). Estratégias de gerenciamento de contingências em ambiente escolar são eficazes para reduzir os

sintomas e promover o engajamento comportamental e cognitivo de crianças com TDAH (Tourjman et al., 2022). A literatura científica, incluindo revisões sistemáticas e meta-análises, confirma a eficácia dessas abordagens (DuPaul, 1991; DuPaul; Eckert, 1997; Pelham; Wheeler; Chronis, 1998; Evans et al., 2014; Barbaresi et al., 2020; Harrison et al., 2019).

As estratégias eficazes de manejo comportamental em sala de aula incluem a definição clara de metas e regras, o fornecimento de feedback imediato sobre o progresso e a aplicação consistente de consequências positivas (recompensas e privilégios) vinculadas ao cumprimento de objetivos e comportamentos esperados (Chacko et al., 2024). Diante da robustez das evidências, recomenda-se fortemente a implementação dessas intervenções para crianças com TDAH que apresentam prejuízos significativos no contexto escolar (APA, 2022; Hudson et al., 2023).

As intervenções comportamentais destinadas a crianças e adolescentes com TDAH concentram-se em dois grandes eixos: o desenvolvimento de habilidades para a independência — como habilidades acadêmicas, organizacionais, de estudo, autocuidado e atividades da vida diária — e o aprimoramento das habilidades sociais (Pfiffner et al., 2014). Um exemplo é o programa de intervenção desenvolvido por Pfiffner et al. (2014), validado empiricamente, no qual as habilidades são ensinadas em ambiente de grupo por meio de instrução didática, modelagem e ensaio comportamental, integrados a um sistema de manejo de contingências baseado em recompensas.

As crianças com TDAH frequentemente apresentam dificuldades em organização, planejamento e gerenciamento do tempo, o que impacta negativamente seu desempenho acadêmico (Chacko et al., 2024). Intervenções específicas de treinamento de habilidades organizacionais, fundamentadas em princípios comportamentais, têm se mostrado eficazes nesse contexto (Langberg et al., 2011; Gallagher; Abikoff; Spira, 2014; Bikic et al., 2017).

As intervenções comportamentais mediadas por pares, geralmente implementadas no ambiente escolar, envolvem a participação de colegas previamente treinados para apoiar a criança com TDAH por meio de reforço positivo e suporte social e acadêmico (APA, 2022). Tais estratégias têm demonstrado benefícios tanto no desenvolvimento acadêmico e social da criança com TDAH quanto no engajamento dos colegas, promovendo um ambiente de aprendizagem colaborativa e construtiva

(APA, 2022; Hudson et al., 2023). Essas intervenções podem assumir diferentes formatos: modelagem por pares, treinamento de iniciação de interações sociais e tutoria acadêmica em sala de aula (APA, 2022).

Em uma revisão abrangente da literatura, Hudson et al. (2023) analisaram 10 meta-análises e uma revisão sistemática sobre intervenções não farmacológicas para crianças com TDAH. Entre os principais achados, duas meta-análises recentes de alta qualidade demonstraram efeitos positivos pequenos a moderados nos sintomas de TDAH, TOD, TC e prejuízos funcionais associados (Groenman et al., 2022; Hornstra et al., 2023). Uma meta-análise de qualidade moderada, que examinou intervenções comportamentais conduzidas com pais, professores e crianças, em múltiplos contextos (casa, escola e clínica), encontrou um tamanho de efeito robusto (Fabiano et al., 2009).

As intervenções instrucionais e de autogestão também apresentaram eficácia moderada, com maiores efeitos observados entre participantes que apresentavam níveis mais elevados de sintomas na linha de base (Groenman et al., 2022; Hudson et al., 2023). Ao se comparar os efeitos sobre sintomas de TDAH com os de comportamentos externalizantes, encontrou-se que os efeitos foram grandes para ambos, mas ligeiramente superiores para os comportamentos externalizantes (Riise et al., 2021; Hudson et al., 2023). Uma meta-análise de alta qualidade também indicou que intervenções cognitivo-comportamentais voltadas ao funcionamento executivo geraram melhorias pequenas a moderadas em crianças com TDAH e TOD comórbido (Pauli-Pott et al., 2021).

Em síntese, embora as intervenções psicossociais demonstrem eficácia moderada na redução dos sintomas de TDAH, seu potencial terapêutico é significativamente ampliado quando combinadas à farmacoterapia, aumentando as chances de sucesso do tratamento (Van der Oord et al., 2008; Arnold et al., 2015; Türk et al., 2023).

Apesar do reconhecimento amplo das intervenções comportamentais como estratégias eficazes para o tratamento do TDAH, há falta de consenso específico quanto à eficácia de programas voltados para o desenvolvimento de habilidades sociais. A *American Psychological Association* não recomenda tais intervenções, argumentando que, apesar de terem sido testadas em estudos bem delineados, mostraram-se ineficazes (APA, 2022). Em contrapartida, outras evidências oriundas

de estudos de qualidade moderada a alta indicam que intervenções focadas em habilidades sociais estão associadas a efeitos pequenos a moderados na redução dos sintomas de TDAH relatados por pais e professores, além de melhorias nas habilidades sociais, competência emocional e comportamento geral (Storebo et al., 2019; Willis et al., 2019; Fox et al., 2020).

Intervenções comportamentais voltadas à autorregulação também têm se mostrado eficazes, sobretudo em crianças em idade escolar com TDAH (Reid et al., 2005; Hudson et al., 2023). Tais intervenções foram conduzidas em diversos contextos — incluindo escolas, clínicas e ambientes comunitários — e demonstraram efeitos positivos na melhoria da atenção sustentada e na redução de comportamentos disruptivos. Evidências sugerem que a combinação entre intervenção comportamental e farmacoterapia é mais eficaz do que qualquer uma das abordagens isoladamente (Hudson et al., 2023).

Adicionalmente, intervenções baseadas em mindfulness têm demonstrado efeitos pequenos nos sintomas centrais do TDAH, como desatenção e hiperatividade/impulsividade, especialmente em relatos de professores. No entanto, são necessárias investigações adicionais para confirmar e aprofundar o entendimento sobre seus mecanismos de ação e impacto clínico (Krisanaprakornkit et al., 2010; Vekety et al., 2021; Hudson et al., 2023).

Em síntese, apesar de algumas controvérsias sobre a eficácia isolada de determinadas modalidades, a literatura continua a destacar o valor das intervenções comportamentais no manejo do TDAH em crianças e adolescentes. O consenso mais recente aponta que os melhores desfechos terapêuticos são obtidos quando tais intervenções são integradas à farmacoterapia e aplicadas em múltiplos contextos (Hudson et al., 2023; APA, 2022).

2.4.2 Intervenções mediadas por pares

Crianças com TDAH enfrentam dificuldades sociais significativamente maiores do que seus pares em desenvolvimento típico, apresentando menor adaptação social, maior rejeição pelos colegas e menor envolvimento em atividades sociais com amigos (Mrug et al., 2012; Ros; Graziano, 2018; Aduen et al., 2018). A brincadeira é o principal contexto em que as crianças iniciam, desenvolvem e mantêm amizades, e as dificuldades observadas durante essas interações lúdicas ajudam a

explicar os desafios sociais enfrentados por crianças com TDAH (Wilkes-Gillan et al., 2022).

Dificuldades nas habilidades sociais durante a brincadeira são frequentemente atribuídas a déficits em empatia e na tomada de perspectiva, o que pode resultar em conflitos interpessoais, rejeição pelos pares e relacionamentos de menor qualidade (Cordier et al., 2010; Normand et al., 2013; Normand et al., 2017). Essas limitações comprometem a capacidade da criança de interpretar sinais sociais, ajustar comportamentos conforme o contexto e responder de maneira apropriada às interações com os outros.

Importante destacar que nem todos os déficits sociais decorrem exclusivamente das habilidades sociais da criança com TDAH. Parte desses desafios pode estar relacionada aos ambientes sociais em que estão inseridas e à limitação das oportunidades de interação com os pares, o que reduz ainda mais suas chances de desenvolver habilidades de socialização eficazes (Wilkes-Gillan et al., 2022).

Dados provenientes de relatos de pais e professores, além de observações sistemáticas, indicam que crianças com TDAH, em comparação com crianças em desenvolvimento típico, tendem a formar vínculos com colegas que também apresentam comportamentos opostos e dificuldades sociais (Cordier et al., 2010; Mikami, 2010; Normand et al., 2011). Esses desafios interpessoais justificam o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências que foquem especificamente na promoção de habilidades sociais, sendo as intervenções mediadas por pares uma estratégia promissora nesse contexto (Grauvogel-Macaleese; Wallace, 2010; Wilkes-Gillan et al., 2022).

A inclusão de colegas nas intervenções comportamentais oferece múltiplos benefícios. Além de tornar o tratamento mais viável por permitir a aplicação em grupos, a presença de pares favorece desfechos clínicos mais positivos ao proporcionar, segundo os princípios da teoria da aprendizagem social, oportunidades para modelagem e reforço de repertórios sociais em ambiente naturalístico e interativo (Wilkes et al., 2011; Cordier et al., 2018; Fabiano; Schatz; Pelham, 2014). A observação e imitação de comportamentos apropriados, seguida de feedback e reforço positivo, são mecanismos fundamentais que sustentam o aprendizado nesse tipo de intervenção.

A intervenção mediada por pares é definida como uma abordagem comportamental baseada em evidências que ensina crianças em desenvolvimento típico a apoiar o desenvolvimento social de colegas com necessidades atípicas (Zhang et al., 2022; Chen, 2024). Revisões sistemáticas recentes indicam que essa modalidade terapêutica promove melhorias significativas no funcionamento social de crianças com TDAH, superando os resultados obtidos por tratamentos usuais (Cordier et al., 2018; Fox et al., 2020). Além disso, essas intervenções demonstraram eficácia na redução de comportamentos externalizantes, com efeitos mantidos em acompanhamentos de médio prazo (Wilkes-Gillan et al., 2022).

A escassez de programas mediadores por pares voltados ao TDAH é surpreendente, sobretudo considerando-se as evidências limitadas sobre a eficácia dos treinamentos tradicionais de habilidades sociais nesta população (Storebo et al., 2019; Willis et al., 2019; APA, 2022). A mediação por pares já é amplamente consolidada como prática baseada em evidências para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e autores têm sugerido que essa abordagem pode ser igualmente benéfica para crianças com TDAH, que frequentemente demonstram desejo de interação, mas dificuldades em mobilizar habilidades sociais no contexto espontâneo das interações com os colegas (Wilkes-Gillan et al., 2022).

O princípio fundamental das intervenções mediadas por pares é o reconhecimento de que os colegas são capazes de motivar, influenciar e reforçar comportamentos positivos. Esses pares atuam como agentes de mudança comportamental ao seguir instruções, aplicar estratégias terapêuticas, oferecer feedback, modelar comportamentos adequados e proporcionar oportunidades para a prática de habilidades-alvo, favorecendo a generalização e manutenção das competências sociais adquiridas (Wilkes-Gillan et al., 2022).

Apesar das evidências robustas que sustentam a efetividade das intervenções mediadas por pares para crianças e adolescentes com TDAH, ainda são escassos os estudos que avaliam essa abordagem fora do contexto escolar ou sem a mediação de uma criança em desenvolvimento típico (Grauvogel-Macaleese; Wallace, 2010). Também são limitadas as investigações que comparam diretamente a eficácia de terapias comportamentais em grupo versus intervenções individuais. No entanto, os dados disponíveis sugerem que a terapia em grupo pode oferecer resultados

superiores, sobretudo no desenvolvimento de habilidades sociais e adaptativas (Thienemann, 2005; Bramham et al., 2009; Tintori, Bast & Pitta, 2011).

Embora a terapia comportamental seja uma das abordagens mais amplamente estudadas no tratamento do TDAH, as intervenções em grupo permanecem subexploradas na literatura científica. Esse cenário é paradoxal, considerando-se que as terapias grupais representam alternativas de menor custo em comparação à terapia individual — uma característica particularmente relevante em países em desenvolvimento, onde o acesso à psicoterapia é limitado (Young; Fitzgerald; Postma, 2013; NICE, 2019; Coelho; Lemes; Soares, 2017). Na América Latina, os recursos disponíveis para tratamentos comportamentais ainda são escassos, o que torna a implementação de intervenções grupais mediadas por pares uma estratégia especialmente promissora (Polanczyk et al., 2008). Nesse sentido, autores recomendam esforços para expandir e disseminar tais intervenções em escolas, comunidades e ambientes de saúde mental (Fabiano et al., 2009).

As terapias comportamentais em grupo voltadas para adolescentes com TDAH podem ser implementadas tanto em contextos escolares quanto clínicos (Haugan et al., 2022). Um exemplo amplamente estudado é o programa *Challenging Horizons Program*, desenvolvido no ambiente escolar. Trata-se de uma intervenção comportamental estruturada com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de adolescentes com TDAH, por meio da melhora da atenção, das habilidades sociais e do desempenho acadêmico (Evans et al., 2005). O programa envolve encontros em grupo duas vezes por semana, com duração de duas horas, realizados após o horário escolar ao longo do período letivo. Além disso, três reuniões com os pais são incluídas ao longo do programa. Em ensaio clínico randomizado, os adolescentes que participaram deste programa apresentaram melhorias significativas nas habilidades de organização e gerenciamento do tempo, na conclusão de tarefas de casa e na redução dos sintomas de desatenção, segundo avaliação dos pais — porém, não foram observadas mudanças significativas nas habilidades sociais (Evans et al., 2018).

Outro programa relevante é o *Homework, Organization, and Planning Skills*, também desenvolvido no contexto escolar e voltado à melhoria das habilidades organizacionais e à execução de tarefas escolares por adolescentes com TDAH (Langberg et al., 2011a). Este programa consiste em 16 sessões de 20 minutos ao

longo de 11 semanas, com a participação dos pais em duas dessas sessões. Em estudo randomizado, os adolescentes que participaram do programa apresentaram, segundo avaliação dos pais, melhoras significativas nas habilidades de organização, planejamento e conclusão de tarefas escolares, em comparação ao grupo controle em lista de espera. No entanto, tais melhorias não foram confirmadas pelos professores (Langberg et al., 2011b).

Em contexto clínico, diversas intervenções comportamentais têm sido desenvolvidas especificamente para adolescentes com TDAH, com o objetivo de promover maior autonomia funcional e reduzir os sintomas do transtorno. O programa *Supporting Teens' Autonomy Daily* é uma dessas abordagens. Estruturado em 10 sessões modulares de uma hora, envolve a participação conjunta de pais e adolescentes, focando em habilidades como organização, gerenciamento de tempo e desempenho acadêmico (Sibley et al., 2013). A cada sessão, a família seleciona quatro habilidades-alvo, e são firmados contratos entre pais e filhos para reforçar o uso dessas habilidades em casa e na escola, com base em princípios de contingência comportamental. Resultados de estudos piloto e ensaios clínicos randomizados indicaram reduções significativas nos sintomas de TDAH avaliados pelos pais, bem como diminuição do estresse parental, em comparação com um grupo controle em tratamento usual (Sibley et al., 2016; Sibley et al., 2023).

Outro programa de intervenção em grupo, originalmente desenvolvido para adultos com TDAH, foi adaptado por Sprich et al. (2016) para aplicação em adolescentes. A intervenção inclui 12 sessões, com participação dos pais em duas delas, organizadas em três módulos: psicoeducação, reestruturação cognitiva e treinamento em habilidades de organização e planejamento. Os resultados do ensaio clínico randomizado mostraram redução significativa na gravidade dos sintomas, conforme relatado por adolescentes e seus pais, demonstrando eficácia inicial promissora (Safren et al., 2005; Sprich et al., 2016).

Diferentemente das intervenções que incluem pais ou cuidadores, Vidal (2015) desenvolveram um programa multicomponente exclusivamente voltado aos adolescentes. A intervenção, com 12 sessões, é baseada em psicoeducação e princípios da terapia cognitivo-comportamental, com foco no desenvolvimento de habilidades de autocontrole, regulação emocional, habilidades interpessoais, estratégias de planejamento e manejo da desatenção. Técnicas de entrevista

motivacional também foram incorporadas para promover o engajamento dos participantes (Haugan et al., 2022). O estudo revelou melhora significativa nos sintomas de TDAH, segundo relatos de pais e adolescentes, bem como redução de prejuízo funcional, conforme avaliação dos pais, em comparação com um grupo controle em lista de espera (Vidal, 2015).

De forma geral, enquanto as intervenções comportamentais para crianças costumam envolver fortemente os pais ou cuidadores, os programas voltados a adolescentes com TDAH devem equilibrar o envolvimento parental com estratégias individualizadas, focadas no treinamento direto de habilidades e na promoção da autonomia do jovem (Haugan et al., 2022).

Dificuldades no funcionamento social e nas funções executivas são amplamente prevalentes em crianças em idade escolar com TDAH. Tais déficits incluem comprometimentos em resolução de problemas, planejamento, flexibilidade cognitiva, inibição de respostas, atenção sustentada e memória de trabalho (Storebo et al., 2011). Além disso, crianças com TDAH frequentemente enfrentam dificuldades afetivas, como atraso no desenvolvimento da motivação social e desregulação do humor, fatores que parecem contribuir diretamente para os prejuízos nas habilidades sociais (Whalen; Henker, 1985; Landau; Moore, 1991; Storebo et al., 2011; Cordier et al., 2018).

Diante desse cenário, o envolvimento de pares é comumente incorporado em intervenções psicossociais, especialmente em ambiente escolar, onde professores utilizam estratégias de manejo comportamental como boletins diários e sistemas de economia de fichas (Cordier et al., 2018). No entanto, intervenções mediadas por pares também podem ser implementadas fora do ambiente escolar, como no *Summer Treatment Program* (STP), um dos poucos programas intensivos de tratamento em grupo para TDAH com eficácia comprovada por evidências (Waschbusch et al., 2007; Fabiano; Schatz; Pelham, 2014).

O STP consiste em um programa de verão com duração de seis a nove semanas, voltado para crianças e adolescentes entre 5 e 16 anos. Os participantes são organizados em grupos fixos de 12 a 15 indivíduos, subdivididos por faixa etária, o que favorece a construção de vínculos sociais e a manutenção das interações ao longo do programa (Waschbusch et al., 2007). Um diferencial do STP é o fato de que todas as intervenções ocorrem no contexto de atividades cotidianas típicas da infância

e adolescência, o que favorece a generalização e a manutenção dos comportamentos aprendidos (Fabiano; Schatz; Pelham, 2014).

Paralelamente à intervenção com os participantes, o STP oferece sessões semanais de treinamento parental, com o objetivo de capacitar os cuidadores no uso de estratégias eficazes de manejo comportamental (Waschbusch et al., 2007). O programa integra princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com fundamentos da teoria da aprendizagem social (Fabiano; Schatz; Pelham, 2014). As estratégias baseadas em ABA envolvem a identificação de antecedentes e consequências dos comportamentos-alvo, com manipulação das contingências para aumentar a ocorrência de comportamentos positivos e reduzir comportamentos desadaptativos.

No STP, o manejo de contingências se dá por meio do estabelecimento de regras claras, comandos específicos e atividades estruturadas (antecedentes), bem como pela aplicação de consequências como tempo de espera, sistemas de economia de fichas com recompensas, elogios explícitos e feedback corretivo (Fabiano; Schatz; Pelham, 2014). Simultaneamente, o programa oferece oportunidades ricas para aprendizagem social, modelando habilidades sociais em contextos grupais, conforme preconizado pela teoria da aprendizagem social (Bandura; Ross; Ross, 1963).

Intervenções mediadas por pares fora do contexto escolar têm sido amplamente aplicadas nas modalidades de Treinamento em Habilidades Sociais e no STP, ambos considerados tratamentos baseados em evidências para crianças e adolescentes com TDAH (Cordier et al., 2018). Nessas abordagens, o envolvimento de pares é caracterizado por interações nas quais os próprios participantes facilitam a aprendizagem uns dos outros, criando um ambiente que oferece múltiplas oportunidades para a prática e o reforço de habilidades-alvo — o que, por sua vez, contribui para a melhora dos desfechos terapêuticos (Cordier et al., 2018).

Tradicionalmente, as intervenções mediadas por pares incluem crianças em desenvolvimento típico como modelos sociais. No entanto, tanto no treinamento em habilidades sociais quanto no STP, os pares envolvidos geralmente apresentam desenvolvimento atípico, com diagnósticos e dificuldades semelhantes entre os participantes — o que favorece a identificação mútua e a relevância contextual dos treinos de habilidades (Waschbusch et al., 2007; Wang; Cui; Parrila, 2011; Cordier et al., 2018).

A maioria das intervenções psicológicas voltadas ao TDAH ainda se concentra em programas de treinamento parental e intervenções escolares — enfoques que, embora eficazes, representam uma extensão dos modelos terapêuticos utilizados na infância (Vidal, 2015). Nesse contexto, intervenções que fornecem oportunidades para o desenvolvimento e a prática ativa de habilidades adaptativas em ambientes grupais tornam-se especialmente relevantes. Tais intervenções são reconhecidas como tratamentos bem estabelecidos, com impacto positivo na qualidade das interações entre pares, no desenvolvimento de habilidades sociais e no desempenho acadêmico (Evans; Owens; Bunford, 2013; Xiangyu; Chen, 2023).

2.4.3 A Terapia Analítico Comportamental Infantil (TACI)

A TAC fundamenta-se nos princípios da Análise do Comportamento, uma ciência que se subdivide em três áreas inter-relacionadas: o Behaviorismo Radical, a Análise Experimental do Comportamento e a Análise Aplicada do Comportamento (Rossi; Linares; Brandão, 2020). O Behaviorismo Radical constitui a base filosófica, teórica e histórica da ciência do comportamento, conforme proposto por B.F. Skinner, sendo responsável por compreender o comportamento como objeto de estudo legítimo da ciência, em sua relação com o ambiente (Skinner, 2011). A Análise Experimental do Comportamento, por sua vez, dedica-se à produção e validação de dados empíricos por meio da manipulação de variáveis em contextos controlados, sendo essencial para a consolidação dos princípios da aprendizagem (Rossi; Linares; Brandão, 2020).

Já a ABA ocupa-se da elaboração e implementação de estratégias de intervenção em contextos sociais, com o objetivo de desenvolver técnicas eficazes e socialmente relevantes para a modificação de comportamentos (Skinner, 2011). Essa dimensão prática sustenta o trabalho clínico e educacional dentro da perspectiva analítico-comportamental.

O primeiro registro documentado de uma intervenção comportamental com humanos data de 1953, quando foram aplicados princípios do condicionamento operante para modificar comportamentos em pacientes adultos com transtornos mentais (Lindsley; Skinner; Solomon, 1953). Naquele período, tais intervenções eram denominadas “modificação do comportamento” — a primeira geração das terapias comportamentais (Wolf; Risley; Mess, 1964; Del Prette, 2011). A modificação do

comportamento foi amplamente aplicada também a crianças, com registros de intervenções voltadas ao treino de repertórios em crianças autistas, tratamento de fobia escolar e extinção de hábitos de sucção não nutritiva (Baer, 1962; Wolf; Risley; Mess, 1965; Patterson; Whittier; Wright, 1965).

Modelos derivados dessa abordagem foram posteriormente sistematizados, como a economia de fichas e a instrução programada, ampliando as possibilidades de aplicação clínica e educacional (Del Prette, 2011). A modificação do comportamento representou, portanto, a base a partir da qual se desenvolveram outras modalidades da terapia comportamental, consolidando-se como uma das primeiras formas de intervenção psicológica baseada em evidências.

A primeira geração da terapia comportamental foi marcada pela ênfase exclusiva nos comportamentos observáveis, desconsiderando eventos privados como pensamentos e sentimentos. Com o tempo, o reconhecimento de que tais eventos são também comportamentos humanos levou à incorporação de elementos cognitivos, o que deu origem à chamada segunda geração da terapia comportamental: a TCC. A partir daí, novas formulações teóricas e práticas deram origem à chamada "terceira onda" ou "terceira geração" das terapias comportamentais, também conhecidas como terapias contextuais (Kohlenberg et al., 2002). Essas abordagens continuam fundamentadas no behaviorismo radical, mas passam a considerar o comportamento dentro do seu contexto histórico, verbal e situacional, propondo intervenções operacionalizadas e empiricamente testáveis (Del Prette, 2011).

A partir dos anos 1960, a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI) consolidou-se como uma modalidade terapêutica centrada na criança como sujeito ativo do processo psicoterápico, com foco na análise funcional de seu comportamento em múltiplos contextos (Gadelha Menezes, 2008). A psicoterapia infantil, conforme definição clássica de Weiss e Weisz (1995), consiste em qualquer intervenção estruturada ou planejada que vise aliviar o sofrimento, reduzir comportamentos desadaptativos ou promover funcionamento adaptativo. Essa definição continua atual ao destacar as particularidades da clínica com crianças e adolescentes.

Na TACI, é comum que a criança não seja a demandante espontânea do atendimento. Isso implica desafios como: (1) a criança pode não reconhecer ou não conseguir expressar suas dificuldades; (2) as queixas podem representar problemas mais relevantes para terceiros (pais, escola) do que para a própria criança; e (3) a

motivação da criança para permanecer no tratamento pode ser instável ou diferente da dos cuidadores (Del Prette, 2011). Por essas razões, a psicoterapia infantil exige do terapeuta repertórios comportamentais específicos e compreensão profunda das idiossincrasias do universo infantil (Rossi; Linares; Brandão, 2020).

Um dos principais pontos de distinção entre a TACI e a terapia de adultos é a necessidade de acesso ao "mundo interno" da criança por meios não-verbais. Como alternativa ao relato verbal, recorre-se à brincadeira funcional, uma ferramenta fundamental para evocar e observar comportamentos clinicamente relevantes. A brincadeira, por sua natureza reforçadora, é uma atividade espontânea, rica em estímulos sensoriais, motores, afetivos e sociais, que contribui para o desenvolvimento emocional e neurológico infantil (Siviy, 2016; Swank; Smith-Adcock, 2018; APA, 2022).

No contexto da TACI, o terapeuta infantil utiliza a brincadeira como um recurso estruturado, mantendo sua espontaneidade, mas com objetivos clínicos claros. Essa prática é fundamentada na premissa do Behaviorismo Radical de que todo comportamento tem função, permitindo ao terapeuta descrever funcionalmente as ações lúdicas da criança para fins terapêuticos (Del Prette, 2011).

As crianças com TDAH frequentemente apresentam dificuldades com os aspectos sociais da brincadeira, como apoiar o jogo dos colegas, compartilhar atenção, cooperar e responder a pistas sociais (Alothman et al., 2024). Atividades lúdicas estruturadas, porém, têm se mostrado eficazes no aprimoramento de funções executivas — como memória de trabalho, controle inibitório e planejamento —, com efeitos generalizáveis para múltiplos contextos do cotidiano (Bodaghi et al., 2021; Alothman et al., 2024).

A ABA é uma ciência fundamentada nos princípios do Behaviorismo Radical, voltada para o ensino e a modificação de comportamentos socialmente significativos. Esses comportamentos incluem, entre outros, habilidades acadêmicas, sociais, de comunicação e de vida diária — ou seja, qualquer repertório que possa promover maior independência e qualidade de vida para o indivíduo (Engleman, 2024).

A ABA pode ser definida como o processo sistemático de aplicação de intervenções baseadas nos princípios da aprendizagem, com o objetivo de promover mudanças relevantes no comportamento e demonstrar que tais mudanças são diretamente atribuíveis às intervenções empregadas (Baer; Wolf; Risley, 1968;

Cooper; Heron; Heward, 2019). Desde sua formulação clássica, a ABA é guiada por sete dimensões fundamentais, que asseguram a integridade científica e a efetividade social de suas práticas.

1. Generalidade – A intervenção deve produzir mudanças comportamentais duradouras, que se mantenham ao longo do tempo, generalizem para múltiplos contextos, pessoas e comportamentos além daqueles diretamente treinados (Baer; Wolf; Risley, 1987).
2. Efetividade – Os procedimentos devem promover mudanças claras e mensuráveis em comportamentos relevantes, e os resultados obtidos devem ter impacto prático na vida do indivíduo (Cooper; Heron; Heward, 2019).
3. Tecnologia – As intervenções devem ser descritas com precisão, detalhes e clareza suficientes para que possam ser replicadas por outros profissionais de forma confiável (Cooper; Heron; Heward, 2019).
4. Aplicabilidade – As metas da intervenção devem estar focadas em comportamentos socialmente significativos, priorizando os interesses e necessidades reais do paciente e de seu contexto social (Baer; Wolf; Risley, 1987; Cooper; Heron; Heward, 2019).
5. Sistemática conceitual – As técnicas utilizadas devem estar diretamente fundamentadas nos princípios teóricos da Análise do Comportamento, garantindo coerência conceitual entre teoria e prática (Baer; Wolf; Risley, 1987; Cooper; Heron; Heward, 2019).
6. Analiticidade – É necessário demonstrar uma relação funcional entre a intervenção e a mudança no comportamento-alvo, evidenciada por dados mensuráveis e replicáveis (Baer; Wolf; Risley, 1987; Cooper; Heron; Heward, 2019).
7. Comportamentalidade – O foco deve estar em comportamentos observáveis, mensuráveis e socialmente relevantes, cujas alterações representem ganhos concretos para o indivíduo (Baer; Wolf; Risley, 1987; Cooper; Heron; Heward, 2019).

Essas sete dimensões asseguram que as práticas da ABA sejam fundamentadas cientificamente, orientadas por critérios éticos e voltadas para resultados relevantes, com progresso monitorado de forma contínua e objetiva (Engleman, 2024).

Diversas pesquisas têm consistentemente demonstrado a eficácia da ABA na promoção de comportamentos socialmente significativos e na obtenção de resultados relevantes por meio de estratégias fundamentadas em evidências (Engleman, 2024). Intervenções baseadas em ABA são amplamente utilizadas para ensinar, modificar e manter comportamentos desejáveis, por meio de diferentes categorias de estratégias comportamentais.

Entre as intervenções antecedentes, destacam-se o uso de momentum comportamental, cronogramas visuais, aprendizado sem erros, *priming*, suportes visuais, e modificações ambientais. Essas estratégias visam alterar as condições que precedem o comportamento, de modo a aumentar a probabilidade de respostas apropriadas. Já as estratégias para o desenvolvimento de habilidades incluem técnicas como prompts, modelagem, análise de tarefas (encadeamento), treinamento de conformidade, comunicação funcional e histórias sociais. Por fim, as intervenções consequentes envolvem técnicas de reforçamento, tais como economia de fichas, redirecionamento, e diferentes formas de reforçamento diferencial (de outros comportamentos; de comportamentos alternativos; de comportamentos incompatíveis; de baixas taxas; e de altas taxas) (Engleman, 2024).

Embora a ABA seja reconhecida principalmente como tratamento de referência para o TEA, ela também tem relevância significativa no manejo de outros transtornos do neurodesenvolvimento, como o TDAH (Behavior Analyst Certification Board, 2025).

Há crescente interesse no desenvolvimento de programas psicoterapêuticos integrados que ultrapassem a abordagem centrada exclusivamente na orientação parental, visando melhorias sustentáveis dos sintomas do TDAH (Crouzet et al., 2022). Revisões sistemáticas e meta-análises têm encontrado evidências parciais quanto à eficácia de intervenções não farmacológicas no tratamento do TDAH — tanto as voltadas aos pais quanto às crianças — e destacam a necessidade de mais pesquisas que avaliem intervenções psicológicas robustas (Hodgson; Hutchinson Denson, 2014; NICE, 2019; Crouzet et al., 2022).

Estudos anteriores demonstraram que o atendimento simultâneo de pais e filhos é superior ao atendimento isolado de apenas um dos grupos, reforçando a importância de modelos integrados, como a TACI, para o tratamento de crianças com TDAH (Horn et al., 1990; Kim; Yoo, 2013; Crouzet et al., 2022).

2.5 A TERAPIA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL EM GRUPO

A psicoterapia em grupo distingue-se da abordagem individual por favorecer múltiplas interações simultâneas no contexto terapêutico, o que potencializa o desenvolvimento e a aprendizagem de repertórios sociais por meio da convivência interpessoal (Kerbauy, 1980). Por se assemelhar mais ao ambiente natural do que a psicoterapia individual, o contexto grupal favorece a generalização dos comportamentos aprendidos, principalmente ao expor os participantes a situações de conflito interpessoal e à mediação terapêutica para resolução de problemas (Kerbauy, 1980; Delitti; Derdyk, 2020).

Segundo Yalom (2006, p. 23), a psicoterapia de grupo é “pelo menos igual à psicoterapia individual em sua capacidade de proporcionar benefícios significativos”. Em sua obra, Yalom descreve onze fatores terapêuticos responsáveis pelas mudanças positivas observadas no setting grupal:

1. Universalidade – Redução do sentimento de isolamento ao perceber que outros compartilham dificuldades semelhantes.
2. Instalação da esperança – A melhora observada em outros membros do grupo fortalece a crença do indivíduo na possibilidade de mudança.
3. Compartilhamento de informações – Troca de estratégias, orientações e aprendizados entre os membros.
4. Altruísmo – O ato de ajudar os outros favorece o desenvolvimento de empatia e habilidades interpessoais.
5. Socialização – Desenvolvimento de habilidades sociais decorrentes da interação entre participantes e terapeuta.
6. Comportamento imitativo – Observação e reprodução de comportamentos adequados demonstrados por outros membros ou pelo terapeuta.
7. Catarse – Alívio emocional obtido por meio da expressão de sentimentos reprimidos.
8. Recapitulação corretiva – Reedição de padrões relacionais disfuncionais vivenciados em outros contextos, com possibilidade de resignificação.
9. Fatores existenciais – Reflexões sobre questões universais da existência humana, como liberdade, responsabilidade e finitude.
10. Coesão grupal – Sentimento de pertencimento, aceitação e segurança no grupo.

11. Aprendizagem interpessoal – O grupo favorece o aparecimento de comportamentos associados à psicopatologia, possibilitando sua identificação e reestruturação (Yalom, 2006).

Como destacam Vinogradov e Yalom (1992, p. 3), “tanto as interações paciente-paciente quanto as interações paciente-terapeuta são usadas, à medida em que ocorrem no setting do grupo, para efetuar mudanças no comportamento mal-adaptado de cada um dos membros”. Nesse sentido, a psicoterapia grupal não só promove a escuta e o apoio mútuo, mas também constitui um espaço privilegiado para a modificação de comportamentos desadaptativos em tempo real, em um contexto relacional rico e dinâmico.

Grupos terapêuticos devem ser desenvolvidos a partir de práticas coletivas de problematização e discussão, promovendo um processo contínuo de aprendizagem (Sangioni; Patias; Pftitscher, 2020). Entre os benefícios desse modelo destacam-se a otimização do atendimento, com a redução da demanda por consultas individuais; o estímulo à participação ativa de usuários e familiares no processo terapêutico; a promoção da co-responsabilidade pelo cuidado; e o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários do serviço (Macedo & Monteiro, 2006; Sangioni; Patias; Pftitscher, 2020). Nesse sentido, a utilização de práticas grupais tem sido amplamente reconhecida como recurso potente na saúde pública (Tiveron; Guanaes-Lorenzi, 2013, Sangioni; Patias; Pftitscher, 2020).

Na psicoterapia de grupo, reúnem-se usuários com demandas semelhantes para discutir temas previamente selecionados, caracterizando-se como uma modalidade educativa-terapêutica. Grupos voltados para a educação em saúde funcionam como estratégias eficazes ao criarem espaços de escuta qualificada e compartilhamento de informações, ancoradas em uma didática horizontal. Essa abordagem reconhece o usuário como agente ativo e corresponsável por seu tratamento, o que favorece a apropriação do saber e a adesão terapêutica (Rasera; Godoy; Rocha, 2010; Sangioni; Patias; Pftitscher, 2020).

Diversos autores apontam a eficácia das intervenções grupais na saúde mental, especialmente no âmbito das instituições públicas, considerando-as uma alternativa viável e ampliada de cuidado (Macedo; Monteiro, 2006; Van der Sand et al., 2011; Menezes; Avelino, 2016; Souza et al., 2017).

No campo da TAC, o ambiente é considerado determinante na modelagem e manutenção dos comportamentos. A principal tarefa terapêutica consiste em analisar e modificar contingências ambientais envolvidas nas queixas clínicas (Delitti; Derdyk, 2020). Um diferencial da abordagem comportamental que se destaca nos contextos grupais é seu caráter instrucional: o terapeuta ensina, por meio de exemplos e discussões, como funcionam as relações entre comportamento e consequências, favorecendo a análise funcional por parte do próprio paciente (Delitti; Derdyk, 2020).

Desfechos mais duradouros e generalizáveis são observados quando o indivíduo é capaz de identificar e manejar as contingências do seu ambiente, o que fortalece a autonomia e a autorregulação (Delitti; Derdyk, 2020). O grupo potencializa esse processo ao oferecer reforçamento social imediato e diversificado, além de oportunidades para modelagem de comportamentos por meio da observação de pares — favorecendo, assim, a aquisição e manutenção de comportamentos adaptativos e socialmente reforçados (Delitti; Derdyk, 2020).

Como observam Derdyk e Sztamfater (2020), o pertencimento a grupos sociais é uma característica fundamental do ser humano, e é nesse ambiente relacional que se desenvolvem as principais habilidades sociais e adaptativas.

Na psicoterapia de grupo fundamentada na Análise do Comportamento, diversos princípios e procedimentos comportamentais são aplicados com vistas à modificação de repertórios desadaptativos e ao desenvolvimento de habilidades funcionais. Entre os procedimentos mais comumente utilizados estão: reforçamento, extinção, treino de discriminação, modelagem, modelação, treino de auto-observação, desenvolvimento de repertórios alternativos, ensaio comportamental, bem como observação e reforçamento de comportamentos clinicamente relevantes (Delitti; Derdyk, 2020).

Dentre esses procedimentos, dois se destacam na prática grupal: a modelação e o ensaio comportamental. A modelação envolve o terapeuta como modelo de comportamentos-alvo desejáveis, bem como os próprios membros do grupo que atuam como modelos uns para os outros, promovendo o aprendizado vicário (Delitti; Derdyk, 2020). Já o ensaio comportamental consiste na simulação de situações reais nas quais o paciente enfrenta dificuldades relacionadas à sua sintomatologia, permitindo que ele experimente e treine respostas alternativas no ambiente protegido do grupo (Delitti; Derdyk, 2020).

Para que esses procedimentos sejam eficazes, é necessário seguir etapas sistemáticas: descrição da situação-problema; decomposição da sequência comportamental (operacionalização); fornecimento de instruções ou modelagem; ensaio inicial; feedback; inversão de papéis; novo ensaio; avaliação do desempenho; programação da generalização; e avaliação do desempenho em situações naturais (Delitti; Derdyk, 2020).

Neste contexto, destaca-se também a Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), uma abordagem integrante das terapias comportamentais contextuais (Kohlenberg; Tsai, 1991). A FAP é orientada para o tratamento de problemas interpessoais, com foco na análise funcional das interações que ocorrem dentro da própria relação terapêutica (López-Bermúdez et al., 2021). Sua premissa central é que muitos comportamentos clinicamente relevantes ocorrem também no ambiente terapêutico, permitindo sua observação direta, reforçamento e modificação in vivo.

Ao reconhecer a relação terapêutica como um contexto social, a FAP ultrapassa a mera aplicação técnica e passa a considerar o vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente como um instrumento principal de mudança (López-Bermúdez et al., 2021). Nesse sentido, comportamentos disfuncionais que emergem na relação terapêutica possuem equivalência funcional com aqueles manifestados em outros ambientes da vida do paciente, tornando o setting clínico um espaço valioso para a análise e intervenção (López-Bermúdez et al., 2021).

Essa perspectiva se intensifica na psicoterapia de grupo, onde a complexidade das relações sociais é ampliada. Como afirmam Delitti e Derdyk (2020, p. 105), “se a terapia individual já é uma instância na qual os comportamentos clinicamente relevantes podem ser evocados, o grupo é, sem dúvida alguma, um contexto no qual redes de relações sociais complexas são mais possíveis e, portanto, mais do que na privacidade da relação um a um, o cliente provavelmente está, natural e fortemente, mais sujeito à estimulação semelhante à qual se expõe no seu dia a dia.”

Na Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo (TACI-G), essa lógica se evidencia ainda mais. A forma como as crianças interagem entre si revela de maneira direta seus padrões interpessoais gerais, oferecendo ao terapeuta múltiplas oportunidades para observar, analisar e intervir sobre os comportamentos

cl clinicamente relevantes que emergem nas interações espontâneas (Braga; Varella; Miranda, 2021).

A busca por intervenções comportamentais eficazes para crianças e adolescentes com TDAH pode ser parcialmente contemplada por meio de abordagens grupais (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). A TACI-G configura-se como um cenário propício para o desenvolvimento de habilidades sociais, incluindo a empatia, ao permitir que a criança se coloque no lugar do outro e compreenda diferentes perspectivas, favorecendo o reconhecimento e a consideração do outro em situações sociais (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024).

Ao relatar verbalmente experiências aversivas vivenciadas fora do setting terapêutico, a criança tende a reduzir emoções desconfortáveis associadas a essas situações, o que facilita a identificação de variáveis que mantêm o comportamento-problema (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). O grupo também possibilita o contato com comportamentos alternativos e funcionais em contextos de conflito interpessoal, promovendo a aprendizagem de respostas eficazes e reforçadas socialmente (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024).

Além disso, o ambiente grupal oferece maior agilidade ao processo terapêutico, uma vez que o terapeuta pode observar diretamente déficits em habilidades sociais conforme eles ocorrem e intervir de maneira imediata, promovendo a diminuição de comportamentos disruptivos e a ampliação de repertórios sociais adequados (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). A TACI-G tem como objetivo central "fazer um recorte da situação grupal, do ambiente natural; levar seus membros a perceberem este recorte ampliado com as contingências em vigor; levar seus membros a explicitar e vivenciarem essas contingências, no momento em que ocorrem" (Delitti; Derdyk, 2020, p. 170).

Na prática, o trabalho em grupo com crianças deve ser dinâmico e estruturado, utilizando materiais variados — como jogos, materiais artísticos e brinquedos — dado que o trabalho exclusivamente verbal pode ser limitado e ineficaz com esse público (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). A presença de um terapeuta que atue como modelo e guia para o desempenho das tarefas é recomendada, assim como a organização prévia da dinâmica grupal, com estabelecimento conjunto de regras, reforço de comportamentos cooperativos e criação de um ambiente de confiança e reforçamento positivo mútuo (Delitti; Derdyk, 2020).

A atuação de dois terapeutas tem se mostrado altamente recomendada na TACI-G. Um co-terapeuta permite maior atenção individualizada às crianças, facilita o manejo de contingências imediatas (como liberação de reforços) e amplia a capacidade de observação de comportamentos verbais e não verbais no grupo (Delitti; Derdyk, 2020; Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024).

Na primeira sessão, é fundamental criar condições para que as crianças se apresentem, compartilhem suas expectativas e percebam similaridades entre si. Os terapeutas devem reforçar verbalizações e relatos espontâneos, promovendo o controle positivo entre os membros do grupo, ou seja, o reforçamento mútuo e espontâneo de comportamentos socialmente adequados (Delitti; Derdyk, 2020).

O manejo terapêutico deve priorizar a coesão grupal, que, segundo Yalom (2006, p. 63), é “pré-condição para que outros fatores terapêuticos funcionem de maneira ótima”. Em termos comportamentais, grupos coesos são aqueles nos quais predominam os comportamentos mantidos por reforçamento positivo, e não por controle aversivo — sendo a coesão grupal tão essencial para a TACI-G quanto a relação terapêutica é para a psicoterapia individual (Delitti; Derdyk, 2020).

No que se refere à composição dos grupos terapêuticos, destaca-se que grupos homogêneos são geralmente mais apropriados para fins de pesquisa, sobretudo quando a proposta é discutir uma temática específica (Delitti; Derdyk, 2020; Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). A homogeneidade entre os participantes — em termos de faixa etária, nível de desenvolvimento, perfil comportamental ou diagnóstico — pode facilitar a convergência dos objetivos terapêuticos, promover maior identificação entre os membros e favorecer a comunicação significativa. Diferenças marcantes, como variações acentuadas de inteligência ou status socioeconômico, podem dificultar a criação de vínculos e a eficácia das interações terapêuticas (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024).

Por outro lado, grupos heterogêneos também apresentam vantagens, especialmente por se aproximarem das configurações do ambiente natural. A diversidade de repertórios comportamentais, modelos sociais e padrões de reforçamento pode aumentar a probabilidade de generalização dos comportamentos aprendidos, ampliando a eficácia clínica das intervenções (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024; Delitti; Derdyk, 2020).

Para grupos infantis, recomenda-se um número aproximado de cinco a oito participantes, com sessões de 90 minutos a duas horas de duração e caráter transitório, geralmente entre três e seis meses (Haugan et al., 2022; Chacko et al., 2024). É fundamental realizar uma seleção prévia dos participantes, responsabilidade atribuída ao terapeuta, que deve conduzir uma ou duas entrevistas iniciais com cada criança e seus responsáveis (Delitti; Derdyk, 2020). Essas entrevistas têm como objetivos compreender as dificuldades apresentadas, identificar se a criança se beneficiaria da terapia em grupo e determinar o grupo mais adequado para sua inclusão.

Durante essa fase de triagem, é essencial levantar expectativas familiares, identificar os comportamentos-alvo considerados problemáticos, analisar suas contingências de aquisição e manutenção, e esclarecer os princípios e procedimentos que regem a psicoterapia de grupo. O terapeuta deve estabelecer desde o início um contexto de escuta não punitiva, no qual os cuidadores se sintam acolhidos e motivados a participar ativamente do processo terapêutico (Delitti; Derdyk, 2020).

A Análise do Comportamento demanda a definição operacional dos objetivos terapêuticos, uma vez que tais definições possibilitam a formulação de um plano de tratamento adequado e a mensuração objetiva dos resultados. Assim, a avaliação inicial é uma etapa crucial tanto para a análise funcional quanto para o monitoramento do progresso clínico ao longo das sessões (Delitti; Derdyk, 2020).

2.6 AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A avaliação de transtornos mentais e/ou comportamentais na infância e adolescência pode ser realizada por meio de métodos que analisam diferentes dimensões psicopatológicas, incluindo a observação direta do comportamento, entrevistas clínicas, testes psicológicos e escalas padronizadas (Bordin, 1992; APA, 2024). No contexto da TACI, a avaliação comportamental tem como objetivo principal instrumentalizar o terapeuta na formulação do caso e no planejamento da intervenção (Rossi; Linares; Brandão, 2020).

A observação direta do comportamento é uma ferramenta essencial nesse processo, permitindo a identificação de comportamentos-alvo da intervenção, bem como a análise do repertório comportamental global da criança. Para isso, são utilizadas atividades lúdicas e jogos apropriados à faixa etária, os quais funcionam

como estímulos antecedentes que evocam comportamentos associados à psicopatologia (Rossi; Linares; Brandão, 2020). Os aspectos observados incluem: repertório de reforçadores, capacidade de seguir regras, expressividade emocional, autoconhecimento e autocontrole, habilidades de civilidade, empatia, assertividade, resolução de problemas e habilidades acadêmicas.

As entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas, geralmente realizadas com os responsáveis, são consideradas o padrão ouro na avaliação diagnóstica do TDAH (Rossi; Linares; Brandão, 2020; APA, 2024). Essas entrevistas visam levantar informações qualitativas sobre o histórico de desenvolvimento da criança, os contextos nos quais os sintomas se manifestam, o início, a duração e os períodos de remissão dos sintomas, além de investigar possíveis comorbidades (Coghill et al., 2023; Faraone et al., 2024).

Embora os testes psicológicos não sejam obrigatórios para o diagnóstico do TDAH, sua aplicação pode ser útil no planejamento terapêutico, principalmente os que avaliam funções executivas como memória de trabalho, inibição comportamental e planejamento (Barkley, 2024).

Por fim, as escalas de avaliação comportamental são amplamente utilizadas tanto na prática clínica quanto em pesquisas na área da psicopatologia infantil, pois, apesar de limitações quanto à interpretação e uso isolado, oferecem vantagens como padronização, economia de tempo e possibilidade de comparação entre diferentes informantes e contextos (Achenbah; Rescola, 2001).

As escalas de avaliação comportamental apresentam diversas vantagens quando comparadas a outros métodos avaliativos, especialmente na área da psicopatologia infantojuvenil. Entre os principais benefícios, destacam-se: (1) a possibilidade de abordar diferentes dimensões da psicopatologia por meio de distintos tipos de escalas; (2) a capacidade de estabelecer o desvio estatístico dos comportamentos observados; (3) a coleta de informações a partir de múltiplos informantes; (4) a detecção de comportamentos sintomáticos que podem não se manifestar durante a observação direta; (5) a rapidez e o baixo custo de aplicação; (6) a acessibilidade e compreensão por equipes multiprofissionais; (7) o registro de comportamentos estáveis e também daqueles influenciados por variações situacionais; e (8) a possibilidade de captar aspectos qualitativos do comportamento

infantil que, por vezes, não são identificáveis por meio da observação direta (Achenbach; Rescola, 2001).

Essas escalas demonstram utilidade em múltiplas funções: permitem subdividir amostras clínicas em grupos homogêneos, viabilizam estudos epidemiológicos e são eficazes na avaliação de resultados terapêuticos (Achenbach, 2011). Assim, seu uso é amplamente recomendado em contextos de pesquisa e prática clínica ampliada.

Embora inúmeras diretrizes internacionais recomendem que o diagnóstico do TDAH se baseie prioritariamente em entrevistas clínicas e observações diretas, também apontam as escalas como ferramentas auxiliares importantes, especialmente para o monitoramento sistemático da evolução clínica (Wolraich et al., 2020; Faraone et al., 2024). No entanto, as escalas não devem ser utilizadas isoladamente para diagnóstico, pois domínios amplos — como o de externalização — não são suficientemente específicos para identificar com precisão crianças e adolescentes com TDAH (Pelham; Fabiano; Massetti, 2005).

Diversos estudos avaliaram as propriedades psicométricas das subescalas de instrumentos amplamente utilizados, como o CBCL/6-18, o *Teacher Report Form* e o *Youth Self Report* (Achenbach; Rescorla, 2001; Pelham, Fabiano; Massetti, 2005). Esses instrumentos apresentam manuais operacionalizados que fornecem normas diagnósticas baseadas em diferentes níveis de desenvolvimento e categorias do DSM, incluindo o TDAH (Pelham; Fabiano; Massetti, 2005).

Especificamente, o CBCL/6-18 tem sido apontado como um instrumento sensível, eficaz e recomendado para auxiliar no diagnóstico do TDAH e no acompanhamento do tratamento, por sua abrangência em aspectos sintomáticos do transtorno (Chen et al., 1994; Chang; Wang; Tsai, 2016; Cabral; Liu; Soares, 2020).

2.6.1 O Inventário de Comportamento para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - Versão Brasileira do *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18)

O CBCL/6-18 é uma escala de autorrelato preenchida por pais ou responsáveis, integrante do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach (ASEBA), desenvolvido para detectar problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos (Achenbach; Rescorla, 2011; APA, 2024). Além do CBCL/6-18, o ASEBA é composto por outros

dois instrumentos complementares: (1) o *Teacher Report Form for Ages 6-18* (TRF), respondido por professores; e (2) o *Youth Self-Report for Ages 11-18* (YSR), respondido pelos próprios adolescentes. Ambos estão validados e disponíveis em português (Achenbach; Rescorla, 2001).

A aplicação combinada desses instrumentos permite uma análise multiperspectiva do comportamento, promovendo maior acurácia na identificação de perfis psicopatológicos e de competências sociais, por meio da comparação entre informantes e do cálculo de índices de concordância (Achenbach; Rescorla, 2001). Em estudo com amostra brasileira, os três instrumentos apresentaram alta consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,93 (CBCL/6-18), 0,96 (TRF) e 0,93 (YSR) (Rocha et al., 2013).

O CBCL/6-18 é composto por oito subescalas sindrômicas: Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebra de Regras, e Comportamento Agressivo (Achenbach, 2011). Essas subescalas se agrupam em dois domínios amplos: comportamentos internalizantes e comportamentos externalizantes, com período de referência de seis meses.

Em sua versão mais recente, o CBCL/6-18 passou a incluir seis escalas orientadas pelo DSM, compatíveis com as categorias diagnósticas de: problemas de humor, ansiedade, somáticos, TDAH, oposição/desafio e conduta, além de escores adicionais relacionados a tempo cognitivo lento, sintomas obsessivo-compulsivos e estresse (Achenbach, 2011). Adicionalmente, o instrumento permite a avaliação de competências sociais e acadêmicas, conforme as normas culturais específicas (Achenbach; Rescorla, 2001).

Trata-se, portanto, de um instrumento robusto que oferece escores em escalas de competência e de problemas de comportamento, amplamente utilizado tanto em contextos clínicos quanto de pesquisa. Diversos estudos internacionais atestam sua validade e confiabilidade, especialmente em populações norte-americanas, mas também em amostras clínicas e não clínicas de outros países (Ivanova et al., 2007).

A subescala de Problemas de Atenção do CBCL/6-18 é direcionada à avaliação dos sintomas centrais do TDAH, como hiperatividade e desatenção (Chen et al., 1994). Diversos estudos têm demonstrado uma associação significativa entre

escores elevados nessa subescala e o diagnóstico clínico de TDAH. Além disso, crianças com TDAH tendem a apresentar escores aumentados em outras subescalas do CBCL/6-18, o que tem sido interpretado como um indicativo da presença de comorbidades psiquiátricas (Chen et al., 1994).

Esses achados reforçam a utilidade do CBCL/6-18 como uma ferramenta de triagem confiável tanto no contexto clínico quanto no de pesquisa. Evidências adicionais mostram boa convergência entre os diagnósticos obtidos por entrevistas estruturadas e os perfis obtidos pelas escalas sindrômicas do CBCL/6-18, especialmente em amostras psiquiátricas (Biederman et al., 2005). Assim, o instrumento se destaca não apenas na triagem do TDAH, mas também na identificação de possíveis comorbidades, contribuindo para um planejamento terapêutico mais abrangente e preciso.

2.7 CONTEXTO NO BRASIL E EM PAÍSES COM RECURSOS LIMITADOS

O Brasil possui cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes com idade entre 0 e 14 anos, o que representa aproximadamente 20% da população nacional (IBGE, 2023). Transtornos comportamentais na infância constituem a 6ª maior causa de carga de doenças nessa faixa etária (OPAS/OMS, 2021). No entanto, observa-se, no país, uma defasagem persistente entre a demanda por atenção em saúde mental infantojuvenil e a capacidade da rede de serviços em responder adequadamente a essa necessidade (Couto; Delgado, 2008). Programas de promoção e prevenção em saúde mental para crianças e adolescentes requerem abordagens multiníveis e plataformas de distribuição diversas (Couto; Delgado, 2015).

Nesse cenário, torna-se essencial investir no desenvolvimento de intervenções amplamente aplicáveis e culturalmente adaptadas, como as abordagens comunitárias, psicossociais e familiares, que contribuam para a construção de uma resposta contínua e efetiva em saúde mental infantil (Couto; Delgado, 2008; Duarte; Bird, 2002; Patel et al., 2007; WHO, 2005).

O documento oficial que retoma a história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) compreende a saúde como um direito, concebido não apenas como condição de sobrevivência, mas como garantia do bem-estar integral, conforme a definição da OMS (Brasil, 1990). Assim, as políticas públicas de saúde devem

considerar o ser humano de forma integral, o que pressupõe uma abordagem que vá além da doença, voltada para a promoção da saúde (Figueiredo; Motta, 2014).

Seguindo essa perspectiva, a Carta de Ottawa recomenda “construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que favoreçam a saúde, desenvolver habilidades pessoais, fortalecer a ação comunitária e reorientar os serviços de saúde” (OMS, 1986). Destaca-se, portanto, a importância de intervenções que promovam o estilo de vida saudável, incentivem a autoajuda e o protagonismo social, sendo dever dos profissionais de saúde ampliar seu foco para além da enfermidade, oferecendo atenção integral à pessoa (Lalonde, 1974; Starfield; Shi; Macinko, 2002; Vecchia; Martins, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que práticas que conduzam à psiquiatrização e à medicalização de situações comuns da vida cotidiana sejam evitadas, devendo-se priorizar o uso de recursos comunitários e abordagens coletivas como estratégias para a atenção em saúde mental. Em consonância com essa diretriz e com os preceitos da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), cabe ao psicólogo inserido em equipes de saúde mental promover ações com participação ativa da sociedade e da família, estabelecendo-os como parceiros no cuidado e na construção de redes de apoio e integração (Figueiredo; Motta, 2014; CFP, 2019).

Uma prática centrada exclusivamente no modelo tradicional de psicoterapia individual tende a afastar o psicólogo de uma atuação mais ampla nos campos multiprofissionais e nas ações de promoção e prevenção em saúde mental (Sangioni; Patias; Pfitscher, 2020). Ainda que a psicoterapia individual tenha seu espaço garantido quando clinicamente indicada, a centralidade desta modalidade de atendimento pode comprometer os princípios universalistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ao restringir o alcance das ações (Archanjo;Schraiber, 2012).

Para garantir a integralidade da atenção e a equidade no acesso aos serviços, é necessário que os profissionais de saúde mental utilizem estratégias mais ágeis e adequadas à realidade dos serviços públicos, permitindo o atendimento eficaz de um maior número de usuários (Figueiredo; Motta, 2014). Nesse contexto, as intervenções grupais ganham destaque por serem práticas, acessíveis e alinhadas às diretrizes do SUS, contribuindo para a democratização do acesso à saúde e incentivando a participação popular conforme suas necessidades específicas (Sangioni; Patias; Pfitscher, 2020).

Documentalmente, dois marcos históricos foram fundamentais para a construção de uma nova concepção sobre a infância e adolescência: (1) a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que reconheceu a criança como sujeito de direitos e cidadã plena (ONU, 1989); e (2) a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assegurou direitos de cidadania a essa população e estabeleceu a proteção integral como princípio orientador das políticas e ações voltadas à infância e adolescência (Brasil, 1990). Esses dois acontecimentos embasaram a formulação de uma política de saúde mental específica para crianças e adolescentes, posteriormente debatida na III Conferência Nacional de Saúde Mental (Couto; Delgado, 2015).

Entre as principais deliberações desta Conferência para a construção de uma Política Nacional de Atenção à Saúde Mental da infância e adolescência, destacam-se: (1) a necessidade de que essa política fosse orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e pelos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica; (2) a exigência de caráter intersetorial, com construção de uma rede de cuidado de base territorial e sensível às especificidades locais; (3) a prevenção da medicalização e institucionalização excessivas; e (4) a oposição a práticas de atenção centradas no controle e ajustamento de conduta (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Também foi deliberado que uma das ações prioritárias do SUS deveria ser a criação de mecanismos efetivos de participação popular com composição intersetorial (Brasil, 2002).

Em 2022, o Ministério da Saúde aprovou e publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do TDAH (Brasil, 2022). O documento foi elaborado para estabelecer parâmetros nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico do TDAH no Brasil. Entre suas diretrizes, está a obrigatoriedade de que o paciente ou seu responsável legal seja devidamente informado sobre possíveis eventos adversos relacionados aos tratamentos indicados (Brasil, 2022). O protocolo também atribui aos gestores dos serviços do SUS a responsabilidade por estruturar a rede assistencial, definir os serviços de referência e estabelecer os fluxos de atendimento para todas as etapas do cuidado em TDAH (Brasil, 2022).

Embora muitas diretrizes internacionais recomendem o uso de metilfenidato como tratamento de primeira linha, o PCDT brasileiro desaconselha o uso de psicoestimulantes, argumentando que as evidências disponíveis sobre sua eficácia e

segurança são de baixa qualidade e que o impacto orçamentário seria elevado (Brasil, 2022). Em contrapartida, as diretrizes nacionais destacam a importância da intervenção multimodal, especialmente as intervenções cognitivas e comportamentais que promovam psicoeducação, redução de sintomas e melhora no funcionamento executivo, ocupacional e social (Brasil, 2022).

O protocolo também recomenda o uso de intervenções comportamentais escolares como estratégia terapêutica para o TDAH, por reconhecer seu potencial em promover habilidades acadêmicas e favorecer uma trajetória escolar mais positiva. Por fim, o PCDT orienta que os profissionais de saúde realizem psicoeducação com o paciente e sua família, monitorem os efeitos das intervenções implementadas e acompanhem, de forma multidisciplinar, as condições de saúde associadas (Brasil, 2022).

O Projeto de Lei 3092/2012, cujo objetivo era garantir a todas as crianças diagnosticadas com TDAH o direito ao tratamento farmacológico e ao acompanhamento neuropsiquiátrico pelo SUS, tramitou sem sucesso ao longo dos últimos 12 anos, tendo sido arquivado e reaberto diversas vezes (Brasil, 2024). Mais recentemente, o PL foi rejeitado e retirado de pauta sob o argumento de que o tratamento farmacológico do TDAH poderia ser inconveniente para o direito à saúde, com potenciais prejuízos à população e ao interesse público. A justificativa apresentada foi a de que a aprovação do projeto comprometeria a sistemática vigente de incorporação de tecnologias no SUS (Brasil, 2024).

Nesse contexto, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) analisou as evidências disponíveis e concluiu que não havia diferença significativa entre os diversos tipos de psicoestimulantes em termos de eficácia clínica. Assim, considerou apenas a dimensão econômica para selecionar a alternativa menos onerosa ao sistema público (Brasil, 2021). Com base em dados do Estado de São Paulo, a CONITEC estimou o impacto orçamentário e concluiu que o cenário mais econômico, ao longo de cinco anos, seria o uso exclusivo do metilfenidato de liberação imediata (Brasil, 2021). Apesar dessa alternativa ser mais vantajosa em comparação com a lisdexanfetamina, a CONITEC recomendou a não incorporação dos psicoestimulantes no SUS, em função do alto custo financeiro estimado (Brasil, 2021; Brasil, 2022).

Em contrapartida, um estudo anterior estimou os custos diretos relacionados à ausência de tratamento do TDAH no Brasil, incluindo repetência escolar, utilização de serviços de emergência e criminalidade (Maia et al., 2015). Os autores concluíram que o país desperdiça aproximadamente R\$ 1,841 bilhão por ano apenas com parte das consequências diretas do TDAH não tratado. Caso o Brasil oferecesse tratamento de primeira linha a todas as crianças e adolescentes com o transtorno, a economia estimada seria de R\$ 1,163 bilhão ao ano — valor que representa um retorno 3,1 vezes superior ao investimento (Maia et al., 2015).

É importante destacar que as diretrizes clínicas nacionais para o manejo do TDAH seguem as recomendações da OMS, que atualmente não inclui o metilfenidato na Lista de Medicamentos Essenciais (WHO, 2023; Cortese et al., 2023; Storebø et al., 2024). Essa decisão gerou controvérsias entre especialistas, que alegam que a exclusão da medicação compromete o acesso ao tratamento em países de baixa e média renda, como o Brasil, onde as listas da OMS servem como referência para decisões governamentais (Cortese et al., 2023). Em resposta, o Comitê de Especialistas da OMS afirmou ter conduzido uma revisão abrangente e equilibrada das evidências disponíveis, justificando a não inclusão da medicação com base na precaução e na insuficiência de evidências robustas sobre sua eficácia e segurança em longo prazo (Storebø et al., 2024).

Atualmente, a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS não inclui nenhum fármaco destinado ao tratamento de transtornos mentais em crianças menores de 12 anos. Essa exclusão reflete a recomendação de que se adote cautela em relação ao uso de psicofármacos na infância (WHO, 2023; Storebø et al., 2024). Para o Brasil, essa discussão é particularmente relevante, pois a OMS incentiva que os sistemas nacionais de saúde utilizem a revisão da lista como oportunidade para fortalecer as evidências tanto de intervenções farmacológicas quanto psicossociais, assegurando decisões mais sólidas e baseadas em dados (Storebø et al., 2024).

Apesar de o tratamento farmacológico ser, em muitos casos, necessário, apresentar evidências robustas de eficácia e ser amplamente recomendado por diretrizes internacionais, até o momento não há oferta de medicação para o TDAH no SUS (NICE, 2019; Wolraich et al., 2019; Brasil, 2022; Coghill et al., 2023; Peterson et al., 2024; Faraone et al., 2024). Atualmente, o principal recurso disponível no SUS para o tratamento do TDAH é a psicoterapia. No entanto, não há diretrizes bem

estabelecidas quanto à abordagem teórica a ser utilizada nem à modalidade preferencial (individual ou em grupo), ficando essa decisão a critério do terapeuta responsável (Brasil, 2021).

Diante do atual PCDT para o TDAH, das recomendações vigentes da OMS e da recente rejeição do Projeto de Lei 3092/2012, torna-se evidente a urgência de desenvolver e implementar intervenções comportamentais baseadas em evidências, com protocolos manualizados e replicáveis em contextos comunitários e socioassistenciais (Brasil, 2021; Brasil, 2022; WHO, 2023; Brasil, 2024).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo quase-experimental, com delineamento pré-teste/pós-teste de grupo único, conduzido com crianças diagnosticadas com TDAH. O objetivo principal foi avaliar os efeitos da intervenção denominada TACI-G-TDAH sobre indicadores comportamentais mensurados por meio do CBCL/6-18. Como não houve grupo controle, cada participante funcionou como seu próprio controle, possibilitando a análise comparativa intraindivíduo dos efeitos da intervenção. O estudo não contou com randomização, mantendo-se alinhado à proposta de avaliação da efetividade em contextos clínicos naturais.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada entre março de 2023 e junho de 2024, com a coleta de dados ocorrendo entre março e setembro de 2023. O estudo foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e os dados foram coletados no Centro de Neuropediatria (CENEP), do Complexo Hospital de Clínicas (CHC)/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) da UFPR. O CENEP é um ambulatório especializado, anexo ao Hospital de Clínicas, que oferece atendimento multidisciplinar a crianças e adolescentes com transtornos mentais, comportamentais e condições neurológicas. Os usuários atendidos no serviço são encaminhados por profissionais da Rede Municipal de Saúde — incluindo Unidades de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial — ou pelo próprio CHC/Ebserh/UFPR.

3.3 INTERVENÇÃO

O estudo foi conduzido com um delineamento quase-experimental de medidas repetidas, no qual os participantes foram comparados consigo mesmos antes e após a intervenção de TACI-G-TDAH. A intervenção comportamental foi estruturada, sistematizada e manualizada, sendo elaborada a partir de evidências consolidadas na literatura e desenvolvida com base nas características da população-alvo, após realização de uma análise funcional detalhada e execução de um estudo piloto (Correia et al., 2021).

As sessões terapêuticas foram organizadas em torno de cinco eixos principais: (1) treino contínuo em resolução de problemas (Barkley, 2024); (2) treino em funções executivas (Marques; Amaral; Pantano, 2020; Meltzer, 2010; Barkley, 2024); (3) treino em regulação emocional (Barkley, 2024; Rocha; Delgado; Andrade, 2021); (4) psicoeducação; e (5) estratégias baseadas na terapia de aceitação e compromisso, incluindo práticas de mindfulness (Greco; Hayes, 2008; Meppelink; Bruin; Bögels, 2016).

A intervenção foi adaptada à faixa etária dos participantes, com o uso de técnicas e recursos da psicoterapia analítico-comportamental infantil, como jogos estruturados, livros infantis e brincadeiras com função terapêutica (Rossi; Linares; Brandão, 2020). Foram também realizados ensaios comportamentais com modelagem, além da aplicação de estratégias específicas para o estímulo da atenção, como o rastreamento visual (Sertori; Serafim; Rocca, 2020).

Ao final de cada sessão, foram realizadas atividades com os responsáveis, com o objetivo de fortalecer a comunicação familiar e favorecer a generalização dos comportamentos aprendidos no ambiente terapêutico para o contexto doméstico.

3.4 POPULAÇÃO FONTE

A população-alvo desta pesquisa foi composta por crianças e adolescentes com diagnóstico prévio de TDAH, com idades entre 6 e 13 anos. Todos os participantes estavam em acompanhamento clínico no CENEP/CHC/Ebserh/UFPR e foram encaminhados à intervenção por profissionais da equipe multidisciplinar do serviço.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão:

- a) Foram incluídas na pesquisa crianças e/ou adolescentes de ambos os sexos que atendiam aos seguintes critérios:
- b) Idade entre 6 e 13 anos completos;
- c) Diagnóstico principal de TDAH, confirmado por médico psiquiatra ou neurologista, mediante apresentação de laudo médico ou outro documento equivalente contendo o código correspondente da CID-10;

- d) Disponibilidade para frequentar, semanalmente, todas as sessões do programa de intervenção;
- e) Condições físicas e cognitivas adequadas para participação no estudo;
- f) Assinatura do Termo de Assentimento (TA) pelo participante, quando aplicável, e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável legal.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de exclusão:

- a) Foram excluídos da pesquisa os participantes que apresentaram uma ou mais das seguintes condições:
- b) Diagnóstico de Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, sem comorbidade com TDAH;
- c) Diagnóstico de Deficiência Intelectual;
- d) Diagnóstico de Transtornos Psicóticos;
- e) Diagnóstico de TEA;
- f) Diagnóstico de síndromes genéticas;
- g) Quociente intelectual geral inferior a 69, conforme avaliação pela Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – Quarta Edição (WISC-IV);
- h) Participação concomitante em processo psicoterapêutico em outro serviço.

3.7 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra foi composta inicialmente por 13 famílias de crianças do sexo masculino, com idade entre 6 e 13 anos, todas com diagnóstico de TDAH, sendo nove encaminhadas pelos ambulatórios de Psiquiatria Infantil e CENEP/CHC/Ebserh/UFPR e quatro por demanda espontânea, após divulgação do projeto por meio das redes sociais.

A amostra foi composta inicialmente por 11 famílias que iniciaram a participação nos grupos de intervenção. Destas, uma família desistiu e duas descontinuaram a participação, uma por apresentar diagnóstico comórbido de

Transtorno do Espectro Autista e outra porque a mãe apresentava transtorno psiquiátrico que impossibilitava sua participação no grupo de pais, realizado concomitantemente. Assim oito famílias concluíram a intervenção, contudo apenas sete delas completaram a avaliação pós-intervenção.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem adotada foi não probabilística, do tipo por conveniência. A seleção dos participantes ocorreu com base na disponibilidade dos sujeitos e no fluxo de encaminhamentos recebidos pelo serviço. Os participantes foram alocados nos grupos terapêuticos seguindo a ordem cronológica dos encaminhamentos realizados pelos ambulatórios de Psiquiatria Infantil e CENEP/CHC/Ebserh/UFPR, bem como por meio de demanda espontânea, a partir da divulgação do estudo em redes sociais.

Essa abordagem permitiu a inclusão de participantes com perfil compatível com os critérios de elegibilidade do estudo, respeitando a capacidade operacional do serviço para condução das intervenções em grupo.

3.9 DESFECHOS CLÍNICOS

O desfecho clínico primário da pesquisa foi a mudança nos escores do CBCL após a intervenção TACI-G-TDAH, especialmente nas escalas relacionadas aos: a) Problemas de atenção; b) Problemas de conduta; c) Comportamento de quebrar regras; d) Sintomas internalizantes e externalizantes; e) Competência social e; f) Desempenho acadêmico.

3.10 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis analisadas no estudo foram, em sua maioria, qualitativas, categóricas e nominais, com algumas variáveis ordinais e contínuas. Elas foram agrupadas em três grandes categorias: características dos participantes, características da intervenção e variáveis relacionadas à avaliação da intervenção.

3.10.1 Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

- a) Sexo: Variável qualitativa nominal. Informada pelos responsáveis no momento da triagem clínica.

- b) Idade: Variável quantitativa contínua. Informada pelos responsáveis, registrada em anos completos.
- c) Grau de severidade do TDAH: Variável qualitativa ordinal. Classificada com base no laudo médico apresentado no momento da triagem, segundo critérios do CID-10 (leve, moderado ou grave).
- d) Diagnósticos comórbidos: Variável qualitativa nominal. Obtida por meio de documentação médica (laudos, relatórios clínicos), com base em avaliação realizada por psiquiatra ou neurologista.
- e) Medicação utilizada pelos participantes: Variável qualitativa nominal. Coletada por meio de entrevista clínica com os cuidadores no início da intervenção e atualizada ao final. Registrou-se o tipo de medicamento (se em uso), classe farmacológica e regularidade.

3.10.2 Características da intervenção

- a) Técnicas comportamentais e terapêuticas utilizadas: Variável descritiva. Registrada por meio de protocolos de sessão e supervisões clínicas das terapeutas responsáveis. Incluiu técnicas como: treino em resolução de problemas, treino em funções executivas, regulação emocional, mindfulness, psicoeducação, modelagem e ensaios comportamentais.

3.10.3 Instrumentos de avaliação utilizados

Foram aplicados os seguintes instrumentos antes e após a intervenção:

- a) CBCL/6-18 (versão para pais): para mensurar problemas comportamentais e emocionais.
- b) Entrevistas semiestruturadas com cuidadores e participantes: elaboradas para captar percepções e mudanças subjetivas.
- c) Evasão ou desistência: Variável qualitativa dicotômica (sim/não). Verificada por registro de presença nas sessões e declaração dos responsáveis.

3.10.4 Avaliação da intervenção e percepção dos envolvidos

- a) Mudança das práticas educativas parentais: Variável qualitativa nominal. Avaliada com base nos relatos dos responsáveis durante entrevistas pós-intervenção, comparando práticas anteriores e atuais.

- b) Percepção dos cuidadores sobre o programa: Variável qualitativa categórica. Coletada por meio de entrevista semiestruturada ao final da intervenção, explorando satisfação, engajamento e percepção de resultados.
- c) Percepção das crianças e adolescentes sobre o programa: Variável qualitativa categórica. Registrada via entrevista lúdica semiestruturada realizada pelas terapeutas nas últimas sessões, com perguntas adaptadas à faixa etária.
- d) Compreensão dos conteúdos apresentados: Variável qualitativa ordinal (compreensão baixa, média, alta). Avaliada pelas terapeutas com base no desempenho e nas respostas dos participantes durante as atividades de revisão e nos ensaios comportamentais.
- e) Aplicação das estratégias no cotidiano: Variável qualitativa categórica. Investigada nas entrevistas com cuidadores e participantes, com exemplos práticos de generalização das habilidades ensinadas (e.g., resolução de conflitos, organização de tarefas, uso de respiração para autorregulação).
- f) Dificuldades e facilidades das terapeutas na coordenação dos grupos: Variável qualitativa descritiva. Registrada nos protocolos de sessão e supervisionada semanalmente, considerando aspectos como engajamento do grupo, dinâmica interpessoal, tempo de manejo e resposta às estratégias utilizadas.

3.10.5 Variáveis intervenientes

- a) Variável qualitativa descritiva. Incluiu fatores externos que possam ter influenciado o processo (e.g., faltas frequentes, eventos familiares críticos), registradas durante supervisões clínicas e entrevistas com cuidadores.

3.11 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

3.11.1 Entrevista inicial

A entrevista inicial foi realizada com os pais ou responsáveis legais das crianças e adolescentes, com o objetivo de coletar informações sobre a história de desenvolvimento dos participantes, realizar uma pré-seleção para inclusão no grupo terapêutico e estabelecer um vínculo de confiança entre as famílias e a equipe de pesquisa. A entrevista foi adaptada a partir do modelo de anamnese utilizado pelo CENEP/CHC/Ebserh/UFPR e incluiu os seguintes tópicos: dados de identificação, histórico de desenvolvimento neuropsicomotor, condições de saúde, escolaridade,

comportamento, aspectos emocionais e sociais, além de informações sobre o contexto familiar e rotina cotidiana. A estrutura da entrevista encontra-se detalhada no Apêndice 1.

3.11.2 Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil é um instrumento utilizado para categorizar economicamente os participantes com base em características domiciliares. Ele considera a presença e quantidade de itens de conforto no domicílio (como geladeira, máquina de lavar, computador, entre outros) e o grau de escolaridade do chefe da família. Cada item recebe uma pontuação específica, e a soma total dos pontos permite classificar o domicílio em estratos econômicos definidos: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Essa classificação está associada a uma estimativa de faixa salarial média para cada estrato. O instrumento utilizado e os critérios detalhados encontram-se descritos no Anexo 1.

3.11.3 Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV)

O WISC-IV é um instrumento clínico de aplicação individual desenvolvido com o objetivo de avaliar o funcionamento cognitivo e executivo de crianças e adolescentes com idade entre 6 anos e 0 meses e 16 anos e 11 meses (Wechsler, 2013). A escala é composta por 15 subtestes, organizados em quatro índices principais: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento, permitindo a obtenção do Quociente de Inteligência Total e de medidas específicas de habilidades cognitivas (Wechsler, 2013).

O WISC-IV possui parecer favorável desde dezembro de 2011 no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, do Conselho Federal de Psicologia, com estudos de normatização válidos até 2026 e estudos de validade até 2031, sendo autorizado para uso em contextos clínicos e de pesquisa por profissionais habilitados (Viana & Gomes, 2019).

Neste estudo, o WISC-IV foi utilizado como instrumento de triagem para a pré-seleção dos participantes. Como critério de exclusão, foram incluídas apenas as crianças que apresentaram quociente intelectual total superior a 69, com o objetivo de

assegurar maior homogeneidade do grupo e compatibilidade com as demandas cognitivas do programa de intervenção.

3.11.4 *Child Behavior Checklist for Ages 6-18*

O CBCL/6-18/6-18, em sua versão brasileira (Anexo 2), é um instrumento amplamente validado e recomendado na literatura científica internacional e nacional como ferramenta de avaliação e monitoramento de intervenções terapêuticas (Achenbach & Rescorla, 2001). No presente estudo, o CBCL/6-18 foi utilizado como instrumento de desfecho para avaliar mudanças comportamentais antes e após a intervenção, por meio do relato dos pais ou responsáveis.

O inventário é composto por 136 itens, divididos em dois grandes blocos: competência social (16 itens) e problemas de comportamento (120 itens). A escala de competência social é subdividida em três domínios: escala de atividades (6 itens), escala de relacionamento social (6 itens) e escala de desempenho acadêmico (4 itens).

A escala de problemas de comportamento é composta por oito escalas sindrômicas, organizadas da seguinte forma:

- Problemas internalizantes: ansiedade/depressão (13 itens), isolamento/depressão (8 itens) e queixas somáticas (11 itens);
- Problemas externalizantes: comportamento de quebrar regras (17 itens), comportamento agressivo (18 itens), problemas sociais (11 itens), problemas de pensamento (15 itens) e problemas de atenção (10 itens).

Além disso, o CBCL/6-18 apresenta uma subescala denominada "outros problemas", composta por 17 itens que não se agrupam em nenhuma das escalas sindrômicas principais.

Complementarmente, o CBCL/6-18 também permite a pontuação em seis escalas baseadas nos critérios do DSM: problemas de humor, problemas de ansiedade, problemas somáticos, TDAH, problemas de oposição/desafio e transtornos de conduta. Também oferece três escalas opcionais relacionadas a: tempo cognitivo lento, problemas obsessivo-compulsivos e problemas relacionados ao estresse (Roama-Alves & Almorim, 2023).

O CBCL/6-18/6-18 é amplamente utilizado em contextos clínicos e de pesquisa para rastrear e acompanhar indicadores psicopatológicos em crianças e adolescentes, com validade transcultural comprovada. Seu uso neste estudo visou avaliar, de forma sistemática, os efeitos da intervenção comportamental estruturada sobre o repertório comportamental dos participantes.

3.11.5 Terapia Analítico Comportamental Infantil em Grupo para o TDAH (TACI-G-TDAH)

A TACI-G-TDAH é uma intervenção estruturada, sistematizada e manualizada, voltada a crianças e adolescentes em idade escolar. Seu objetivo é apoiar o desenvolvimento de competências sociais e reduzir os sintomas relacionados ao TDAH por meio de técnicas fundamentadas na ABA e na psicoterapia analítico-comportamental infantil.

A intervenção consiste em doze sessões semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos, conduzidas por duas psicólogas terapeutas treinadas, em grupos de 3 a 6 crianças, ao longo de aproximadamente três meses. Todas as sessões foram realizadas de forma presencial.

A estrutura da intervenção está centrada em quatro eixos terapêuticos principais:

a) Treinamento em resolução de problemas sociais (Barkley, 2024)

Os princípios e diretrizes para o tratamento do TDAH, elencados por Barkley (2024), determinam que o tratamento deve, entre outros princípios, abordar o fato de que o TDAH cria uma fragilidade de ações privadas autogeridas e as informações que elas geram e alterar o comportamento, e guiá-lo na direção da realização da tarefa e outros objetivos. Os comportamentos autogeridos, em geral, começam sendo públicos, mas com o tempo se tornam menos perceptíveis aos demais. No entanto, crianças com TDAH apresentam um atraso nesse processo de tornar esses comportamentos mais privados. Como consequência, elas demonstram ações voltadas para si mesmas e para os outros de forma mais visível, além de tentativas de autorregulação que são mais facilmente observadas — embora frequentemente ineficazes — quando comparadas às de outras crianças da mesma faixa etária. De acordo com este princípio, o tratamento comportamental carece de estratégias que

externalizem as formas de ação e informação, isto é, torne-as físicas e concretas, passíveis de permanecerem dentro do campo visual ou outros campos sensoriais para possibilitar um controle dos estímulos mais forte sobre as ações desejadas. Em consonância com este princípio, estratégias de resolução de problemas, tal quais as utilizadas na TACI-G-TDAH, são importantes de serem treinadas, de modo à fornecer às crianças com TDAH maior assistência com os estímulos e o uso do autocontrole (inibição) e atenção autodirigida para autoconsciência, por exemplo, por meio de verificações mais frequentes das responsabilidades, sinais de parada que explicitamente estimulam a autoavaliação e o autorrelato, modelagem por meio de vídeos e métodos de autoavaliação.

b) Promoção de habilidades de funções executivas (Marques; Amaral; Pantano, 2020; Meltzer, 2010; Barkley, 2024)

O tratamento do TDAH na infância e adolescência deve envolver os substratos neurológicos subjacentes das funções executivas (Barkley, 2024), de modo a fornecer às crianças instrumentos e estratégias para que possam conquistar maior autonomia, autoconsciência e domínio no que se refere à rotina e às atividades da vida diária (AVDs). Além disso, Meltzer (2010), também destaca a importância da promoção de habilidades de funções executivas para crianças com TDAH, oferecendo uma visão abrangente sobre a compreensão, avaliação e ensino dos processos relacionados à FEs. O autor aborda construtos fundamentais como definição de metas, planejamento, priorização, organização, memorização, resolução de problemas e automonitoramento/autoavaliação, e sugere estratégias para o ensino das funções executivas, tanto de forma isolada quanto integradas às disciplinas em sala de aula. Os materiais reproduzíveis são disponibilizados pelo autor, e podem ser aplicados em contextos de sala de aula ou em contexto clínico, no entanto. O programa é teórico e metodologicamente consistente, no entanto, foi desenvolvido em ambiente escolar, sendo este um contexto diferente ao utilizado no estudo da TACI-G-TDAH. Em contrapartida, o programa de treinamento em funções executivas e aprendizado, desenvolvido por Marques; Amaral; Pantano (2020) e adaptado ao contexto da TACI-G-TDAH, foi conduzido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP), sendo este um serviço público, que atende pacientes via SUS, tal qual o CENEP. Trata-se de um programa estruturado em 12 sessões grupais que fornece

instrumentos e estratégias interventivas com enfoque cognitivo, socioemocional e comportamental, são treinos pautados em prática clínica e de pesquisa para guiar pacientes com dificuldades em FE na conquista de maior autonomia, consciência e domínio de ambiente. Todas as atividades foram desenvolvidas de modo a respeitar o desenvolvimento do cérebro da criança, não extrapolando o seu entendimento. As atividades propostas são atrativas visualmente e divertidas, motivando continuamente os participantes em busca de melhores resultados frente à própria aprendizagem.

c) Treinamento em regulação emocional (Barkley, 2024; Rocha et al., 2021)

Evidências empíricas sugerem a existência de uma limitação nos recursos disponíveis para a autorregulação (AR) em crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH (Barkley, 2024). Tal limitação implica que a manutenção prolongada de esforços autorregulatórios pode levar a um esgotamento significativo desses recursos, dificultando progressivamente a capacidade de exercer o autocontrole. Essa perspectiva reforça a compreensão da AR como um processo sujeito a fadiga, especialmente em indivíduos com TDAH, cujos mecanismos de controle inibitório e regulação emocional já se apresentam comprometidos. Diante deste cenário, o tratamento comportamental do TDAH deve ser composto por prática rotineira de tarefas que envolvem autorregulação, como por exemplo: fazer pausas periodicamente durante situações extenuantes de AR; relaxar ou meditar por pelo menos 3 minutos depois de atividades que exercem AR; visualizar recompensas ou resultados enquanto estiver envolvido em tarefas que exigem AR; receber pequenas recompensas periódicas em tarefas que exigem esforço mental prolongado, ou que exigem AR; engajar-se em declarações de autoafirmação ou autoeficácia antes e durante as tarefas; gerar emoções positivas (Barkley, 2024). O reconhecimento de emoções desempenha um papel essencial no desenvolvimento de habilidades fundamentais para o funcionamento social. A capacidade de identificar e compreender as emoções, de forma eficaz, contribui para uma comunicação mais clara, favorece a qualidade das interações interpessoais e promove a modulação adequada do próprio comportamento. Ao reconhecer os estados emocionais próprios e alheios, o indivíduo torna-se mais apto a responder de maneira ajustada às demandas do ambiente, o que é crucial para a adaptação social e emocional ao longo do desenvolvimento, envolvendo melhor capacidade de AR. O treino em reconhecimento de emoções, desenvolvido no Ipq-HC-FMUSP e incorporado, mediante adaptação, à TACI-G-

TDAH, possibilita que crianças e adolescentes com TDAH aprendam a reconhecer, nomear e regular as emoções nas mais variadas situações do cotidiano, permitindo maior adaptabilidade ao meio (Rocha et al, 2021). As sessões estruturadas contemplam o reconhecimento e a identificação das emoções nas expressões corporais, faciais e vocais, bem como a identificação das situações que as desencadeiam e as mantêm.

d) Psicoeducação e estratégias de *mindfulness* e aceitação, com base na terapia de aceitação e compromisso (Greco; Hayes, 2008; Meppelink; Bruin; Bögels, 2016)

Crianças e adolescentes com TDAH tendem a se distrair com facilidade, seja por estímulos internos, como pensamentos recorrentes, ou por estímulos externos, como sons no ambiente. Essa dificuldade de manter o foco é particularmente acentuada durante tarefas consideradas monótonas ou desafiadoras, sendo comum que essas crianças não consigam redirecionar sua atenção para a atividade originalmente proposta. O treinamento em *mindfulness* (atenção plena) tem sido utilizado como uma estratégia para auxiliar essas crianças no desenvolvimento da autorregulação atencional. Durante esse processo, elas são ensinadas a concentrar-se em uma "âncora de atenção", como a respiração ou as sensações corporais, e a reconhecer, de forma consciente, quando e como sua mente se desvia do foco. Ao notar tais desvios – como distrações provocadas por colegas, devaneios ou sons ambientes – a criança é encorajada a, gentilmente, redirecionar sua atenção ao foco inicial. Esse exercício contínuo fortalece o que se denomina "músculo da atenção", cuja capacidade de sustentação e controle, assim como nos músculos físicos, é ampliada por meio de prática e repetição. O princípio de retomar a atenção após a distração é aplicável tanto à meditação quanto a situações cotidianas que exigem concentração, como o desempenho escolar, interações sociais ou realização de tarefas domésticas. Além disso, o *mindfulness* ensina as crianças a observar, de maneira não reativa, os estímulos que adentram sua consciência, promovendo uma pausa reflexiva antes de agir. Tal habilidade é particularmente relevante no enfrentamento dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, pois possibilita o reconhecimento de impulsos automáticos – como inquietação, curiosidade excessiva ou respostas precipitadas – e o desenvolvimento de respostas mais intencionais e adaptativas. Com isso, as crianças podem aprimorar gradualmente sua capacidade de autorregulação comportamental, tanto durante a prática meditativa quanto em

diversas situações do cotidiano. Ainda que esse conceito possa, à primeira vista, parecer abstrato para as crianças, sua compreensão é facilitada por meio de recursos lúdicos e metáforas concretas. Uma das estratégias utilizadas é a metáfora da "estrada" em comparação com o "caminho a pé": a estrada representa a resposta impulsiva e automática, geralmente mais rápida, enquanto o caminho a pé simboliza uma resposta mais lenta, consciente e refletida. Por meio dessas analogias, busca-se promover, de forma acessível, a internalização dos princípios do autocontrole e da autorregulação comportamental, elementos centrais no treinamento da atenção plena para crianças com TDAH.

A etapas e estrutura das sessões incluem:

- Sessão 1 (Introdutória): apresentação dos objetivos, estrutura do programa e estabelecimento do vínculo terapêutico.
- Sessões 2 a 5 (Fase 1): foco no desenvolvimento da consciência emocional e de respostas assertivas nas interações sociais.
- Sessões 6 a 10 (Fase 2): consolidação das habilidades aprendidas e fortalecimento das funções executivas por meio da interação grupal.
- Sessões 11 e 12 (Encerramento): integração dos conteúdos e planejamento de manutenção dos ganhos.

Cada sessão é organizada em quatro momentos:

1. Abertura e revisão do progresso (cerca de 10 minutos);
2. Exercício de *mindfulness* ou atenção plena (cerca de 15 minutos);
3. Treinamento de habilidades específicas, com foco em competências socioemocionais e funções executivas (cerca de 50 minutos);
4. Encerramento com os responsáveis, para promover a generalização e aplicação das habilidades no cotidiano (cerca de 15 minutos).

As técnicas utilizadas incluem jogos terapêuticos, livros infantis, brincadeiras funcionais, ensaios comportamentais, modelagem, rastreamento visual e outras ferramentas próprias da TACI (Rossi; Linares; Brandão, 2020; Sertori; Serafim; Rocca, 2020). Todas as atividades foram adaptadas à faixa etária dos participantes e ao repertório observado.

As terapeutas responsáveis pela condução dos grupos participaram previamente de um treinamento supervisionado de três meses, no qual aplicaram o protocolo em um estudo piloto conduzido no CENEP/CHC/Ebserh/UFPR. Durante o treinamento e toda a implementação da intervenção, as terapeutas foram supervisionadas por profissionais experientes da equipe de pesquisa da UFPR.

Os eventos adversos, como faltas, atrasos, dificuldades de engajamento ou reações emocionais relevantes durante as sessões, foram sistematicamente monitorados e registrados em formulários padronizados por família. Por tratar-se de uma intervenção em desenvolvimento e ainda não testada em estudos anteriores, não foram implementados procedimentos formais para avaliação de fidelidade ao manual durante o período de coleta de dados, o que representa uma limitação metodológica a ser considerada.

3.12 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

As famílias encaminhadas pelo CENEP/CHC/Ebserh/UFPR foram convidadas a participar da pesquisa por meio de contato via aplicativo WhatsApp®. As famílias que demonstraram interesse foram agendadas para uma entrevista inicial remota, conduzida por chamada de vídeo.

Durante a entrevista, os responsáveis foram informados sobre os objetivos da pesquisa, potenciais riscos e benefícios, bem como os aspectos éticos envolvidos. Esses aspectos estavam detalhados no TCLE, assinado pelos responsáveis, e no TALE, assinado pelas crianças ou adolescentes, conforme sua capacidade de compreensão. Após a assinatura dos termos, os participantes foram formalmente incluídos na pesquisa.

O estudo contou com 16 encontros no total, distribuídos da seguinte forma:

- 3 encontros iniciais para avaliação pré-intervenção;
- 12 sessões de TACI-G-TDAH;
- 1 encontro final para avaliação pós-intervenção.

a) Etapas da Avaliação Inicial

- O primeiro encontro consistiu em uma sessão individual com o responsável para a aplicação do CBCL/6-18.

- O segundo e o terceiro encontros consistiram na aplicação do WISC-IV, individualmente com a criança ou adolescente.

O participante que obteve quociente Intelectual Total inferior a 70, conforme avaliação pelo WISC-IV, foi excluído da continuidade da intervenção, conforme critérios de exclusão previamente definidos. Esse participante foi devidamente orientado e encaminhado à Unidade Básica de Saúde / Central de Marcação de Consultas do SUS para continuidade do acompanhamento em serviço apropriado.

b) Etapas da Intervenção

Após a avaliação inicial, os participantes passaram a integrar os grupos de TACI-G-TDAH. Paralelamente, foi conduzido um grupo terapêutico para pais e responsáveis, de forma simultânea ao grupo infantil. Os encontros ocorreram uma vez por semana, durante 12 semanas consecutivas, com duração média de 90 minutos cada.

c) Avaliação Pós-Intervenção

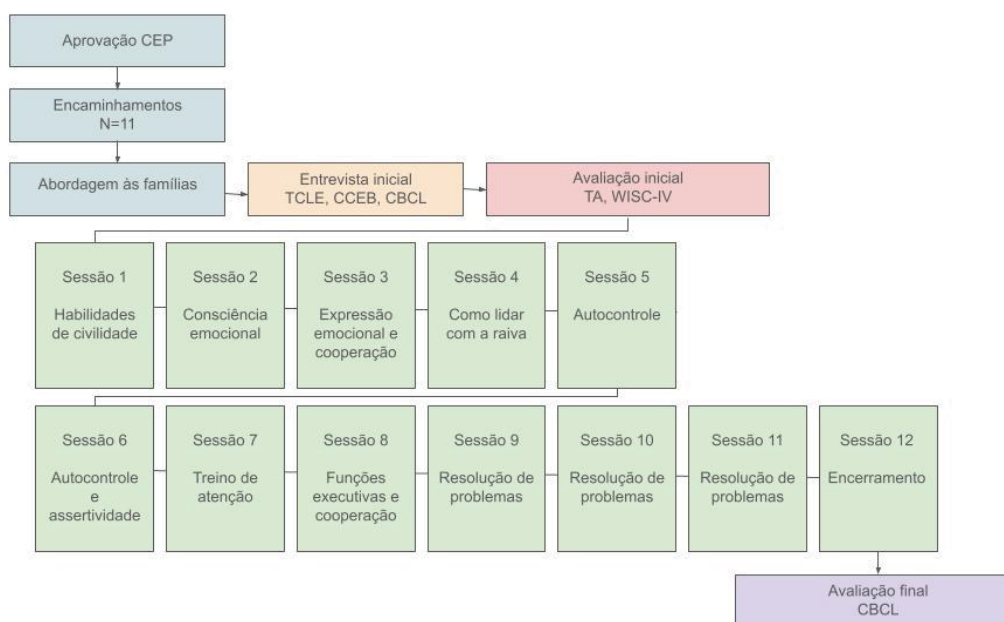
Após a conclusão das sessões de intervenção, foi realizada a avaliação final com os responsáveis, utilizando novamente o CBCL/6-18 como instrumento de desfecho. Os inventários foram corrigidos por meio do software Assessment Data Manager (ADM), ferramenta oficial do sistema ASEBA.

d) Entrega de Resultados

Todos os participantes que concluíram a avaliação inicial, incluindo aquele que foi descontinuado antes da intervenção, receberam um relatório psicológico individualizado, elaborado pela equipe de pesquisa. O relatório foi produzido de acordo com os critérios estabelecidos na Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 6, de 29 de março de 2019, que dispõe sobre o Manual de Elaboração de Documentos Psicológicos, e contemplou as informações obtidas a partir dos instrumentos aplicados durante a pesquisa.

Os procedimentos da pesquisa estão sistematizados na Figura 1, que ilustra de forma esquemática o fluxo do estudo.

FIGURA 1 - PROCEDIMENTOS DA PESQUISA



FONTE: A autora (2025)

3.13 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Os dados coletados ao longo do estudo foram organizados em planilha eletrônica no *software Microsoft Excel®*, revisados manualmente para verificação de consistência e posteriormente exportados para análise estatística no *software Statistica®* (StatSoft Inc.). Os dados provenientes do instrumento CBCL/6-18 foram inseridos e processados no *software ADM*, plataforma oficial de correção do sistema ASEBA. Após a correção automatizada pelo ADM, os resultados também foram exportados para planilhas eletrônicas, a fim de integrar o banco de dados geral. Os formulários físicos do CBCL/6-18 foram arquivados de forma segura, sob responsabilidade da pesquisadora principal, garantindo a confidencialidade e integridade das informações.

3.14 ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa consistiu na comparação entre os escores pré e pós-intervenção em diferentes escalas do instrumento, com ênfase nas mudanças nas faixas de classificação (normativa, limítrofe e clínica) e nos escores brutos, padronizados (T-scores) e percentis. A estratégia adotada foi a de medidas repetidas intra-sujeito, considerando a pequena amostra e o delineamento quase-experimental. Foram examinadas as subescalas sindrômicas, os escores compostos (problemas

internalizantes, externalizantes e totais) e as escalas orientadas pelos critérios do DSM.

A análise descritiva permitiu identificar padrões de mudança nos indicadores psicopatológicos e comportamentais, considerando o desempenho individual e coletivo dos participantes. A trajetória dos escores foi interpretada a partir das diretrizes do manual do CBCL e da literatura especializada, com foco na avaliação de efeitos clínicos relevantes. Dado o tamanho reduzido da amostra, não foram realizados testes estatísticos inferenciais, optando-se por uma abordagem qualitativa e exploratória com foco na viabilidade, aplicabilidade e efeitos iniciais da intervenção.

Para avaliar a efetividade da intervenção foi considerada a análise de significância clínica (SC; validade externa) e o índice de mudança confiável (IMC; validade interna) por meio do Método JT desenvolvido Jacobson e Truax (1991). Por meio dessa análise é possível demonstrar a validade interna de intervenções a nível dos sujeitos e do grupo para cada subescala do instrumento avaliado. Essa análise permite que a pessoa seja comparada com seu próprio desempenho (pré e pós-intervenção), diminuindo a probabilidade de que valores médios mascarem ou supervalorizem suas mudanças. Para cálculo da significância clínica é feito o cálculo da $(Média \pm 2*DP)$. Para cálculo do índice de mudança confiável (IMC) foi feita a diferença entre o escore pós-intervenção subtraído do escore pré-intervenção dividido pelo erro padrão diferença entre as duas medidas $(X_{pós} - X_{pré} / EP_{dif})$. O IMC avalia se as mudanças observadas no pré- e pós-intervenção são reais e não apenas erros de medida. O critério para considerar mudança confiável é se: $IMC > 1,96$, entende-se que houve uma Mudança Positiva Confiável (MPC); se $IMC < -1,96$, entende-se que houve uma Mudança Negativa Confiável (MNC); valores fora desses parâmetros indicam uma Ausência de Mudança (AM) (Aguiar; Aguiar; Del Prette, 2009).

Contudo, uma mudança confiável pode não ser suficiente. Por isso, o segundo critério — a significância clínica — busca determinar se, após a intervenção, o indivíduo passou a se comportar de forma mais próxima ao que se espera de uma população funcional (isto é, não clínica). Para isso, a SC foi calculada considerando que a amostra não tem uma distribuição normativa (Critério A), assim a média e desvio padrão foram estimados com base nos dados pré-intervenção da própria amostra clínica em tratamento. Segundo esse critério, a mudança é considerada clinicamente relevante se a diferença entre pré e pós-intervenção for, no mínimo de dois desvios

padrões acima da média pré-intervenção, situando a pessoa fora da distribuição de escores da população disfuncional (Aguiar; Aguiar; Del Prette, 2009).

3.15 ÉTICA EM PESQUISA

Este estudo integra a fase 2 da pesquisa intitulada “*Treinamento de pais e habilidades sociais para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comorbidades*”, coordenada pelo Prof. Dr. Gustavo M. S. Dória. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CHC/Ebserh/UFPR em junho de 2021, sob o CAAE nº 28895220.7.0000.0096.

Todos os procedimentos seguiram rigorosamente os princípios ético-legais previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação dos sujeitos foi voluntária, mediante assinatura do TCLE (Apêndice 2) pelos responsáveis legais e do TALE (Apêndice 3) pelas crianças e adolescentes participantes, assegurando-lhes o direito à informação, ao sigilo e à desistência em qualquer fase do estudo, sem prejuízos.

3.16 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi conduzida com rigor metodológico e ético, observando as medidas de proteção aos participantes e os princípios de minimização de riscos, confidencialidade dos dados e respeito à autonomia. Todas as etapas foram desenvolvidas conforme o compromisso assumido junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CHC/Ebserh/UFPR.

A equipe de pesquisa seguiu protocolos padronizados para assegurar a integridade dos dados, a segurança dos participantes e a responsabilidade institucional no acompanhamento do estudo, garantindo a rastreabilidade e a transparência dos procedimentos realizados.

3.17 FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

As instalações utilizadas para a coleta de dados foram disponibilizadas pelo CENEP/CHC/Ebserh/UFPR, sem geração de ônus ou solicitação de insumos ao CHC/Ebserh/UFPR. Todos os custos relacionados à execução da pesquisa — incluindo materiais terapêuticos, impressão de documentos, folhas de resposta e

demais materiais de consumo — foram custeados pela pesquisadora, com recursos provenientes de bolsa concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA – A1 QUALIS CAPES

20/06/2025, 21:52

ScholarOne Manuscripts

 Ciência & Saúde Coletiva[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2025-1165

Title

Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo (TACI-G-TDAH): Modelo de Intervenção Psicossocial para o TDAH no Sistema Único de Saúde

Authors

Abati, Carolina

da Rocha, Giovana

Warkentin, Ana Gabriele

Dória, Daniele

Dória, Gustavo

Date Submitted

20-Jun-2025

[Author Dashboard](#)

© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2025. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@Clarivate for Academia & Government](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#) | [Cookies Settings](#) | [Accessibility](#)

Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo (TACI-G-TDAH): Modelo de Intervenção Psicossocial para o TDAH no Sistema Único de Saúde

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2025-1165
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, TDAH, análise do comportamento, SUS, Psicoterapia em Grupo

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1 Terapia Analítico-Comportamental Infantil em Grupo (TACI-G): Modelo de
2 Intervenção Psicossocial para o TDAH no Sistema Único de Saúde

3 Correia CS, Rocha GVM, Warkentin AG, Dória DRS, Dória GMS

4 **Resumo**

5 **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma intervenção grupal baseada na Terapia Analítico-
6 Comportamental Infantil (TACI-G-TDAH) em crianças com Transtorno de Déficit de
7 Atenção/Hiperatividade (TDAH), utilizando medidas padronizadas de comportamento.

8 **Método:** Estudo quase-experimental com pré e pós-teste, realizado em hospital
9 universitário público. Participaram crianças com diagnóstico de TDAH, que frequentaram
10 sessões semanais compostas por módulos de habilidades executivas, regulação
11 emocional, resolução de problemas e mindfulness. Os desfechos foram avaliados por
12 meio do CBCL (Child Behavior Checklist), e os dados analisados com testes estatísticos
13 apropriados, além da aplicação do Método JT para estimativa da significância clínica (SC)
14 e índice de mudança confiável (IMC). **Resultados:** Foram observadas melhorias
15 estatisticamente significativas nos domínios de problemas externalizantes, problemas de
16 atenção, comportamento de oposição/desafio e competências sociais. A análise de SC e
17 IMC revelou que uma parcela expressiva das crianças apresentou mudanças reais, não
18 atribuíveis ao erro de medida, indicando efetividade clínica da intervenção. Apesar da
19 baixa adesão, os resultados foram promissores mesmo em um cenário de saúde pública,
20 tradicionalmente menos controlado que ambientes clínicos experimentais. **Conclusão:** A
21 TACI-G-TDAH demonstrou ser uma estratégia terapêutica viável e eficaz no contexto do
22 SUS, com impacto estatístico e clínico positivo em múltiplos domínios comportamentais.
23 A aplicação dessa intervenção em unidades básicas de saúde, com as adaptações
24 necessárias, pode ampliar o acesso e os benefícios terapêuticos para populações
25 subatendidas.

26 Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Psicoterapia em
27 Grupo. Terapia Comportamental. Serviços de Saúde Mental.

28 **Abstract**

1
2
3
4 29 **Objective:** To evaluate the effects of a group-based intervention based on Child Analytic-
5 30 Behavioral Therapy for ADHD (TACI-G-ADHD) in children diagnosed with Attention-
6 31 Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), using standardized behavioral measures.

7
8
9 32 **Method:** This was a quasi-experimental pre-post study conducted at a public university
10 33 hospital. Children diagnosed with ADHD participated in weekly sessions involving
11 34 modules on executive functioning, emotional regulation, problem-solving, and
12 35 mindfulness. Outcomes were measured using the Child Behavior Checklist (CBCL), and
13 36 data were analyzed using appropriate statistical tests and the JT Method to assess clinical
14 37 significance (CS) and reliable change index (RCI). **Results:** Statistically significant
15 38 improvements were found in domains such as externalizing problems, attention problems,
16 39 oppositional-defiant behavior, and social competence. Clinical significance and RCI
17 40 analyses indicated that a considerable proportion of participants experienced real, non-
18 41 random change, supporting the clinical effectiveness of the intervention. Despite low
19 42 adherence, the program showed promising outcomes even in a public health context,
20 43 which typically lacks the control of clinical research environments. **Conclusion:** TACI-G-
21 44 ADHD proved to be a feasible and effective therapeutic strategy within the Brazilian public
22 45 health system (SUS), yielding both statistical and clinical improvements across multiple
23 46 behavioral domains. Expanding this approach to primary health care settings may
24 47 increase accessibility and benefits for underserved populations, with adaptations to local
25 48 resources and constraints.

29 49 **Resumen**

30 50 **Objetivo:** Evaluar los efectos de una intervención grupal basada en la Terapia Analítico-
31 51 Conductual Infantil para TDAH (TACI-G-TDAH) en niños diagnosticados con Trastorno
32 52 por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), utilizando medidas conductuales
33 53 estandarizadas. **Método:** Estudio cuasi-experimental con pre y postest realizado en un
34 54 hospital universitario público. Participaron niños con diagnóstico de TDAH que asistieron
35 55 a sesiones semanales con módulos sobre habilidades ejecutivas, regulación emocional,
36 56 resolución de problemas y mindfulness. Los resultados se evaluaron mediante el Child
37 57 Behavior Checklist (CBCL), y se aplicaron pruebas estadísticas junto con el Método JT
38 58 para estimar la significancia clínica (SC) y el índice de cambio confiable (IMC).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

59 **Resultados:** Se observaron mejoras estadísticamente significativas en los dominios de
60 problemas externalizantes, problemas de atención, conducta oposicionista-desafiante y
61 competencia social. Los análisis de SC e IMC indicaron que una proporción considerable
62 de los participantes experimentó cambios reales, no atribuibles al error de medición, lo
63 que respalda la efectividad clínica de la intervención. A pesar de la baja adhesión, los
64 resultados fueron prometedores incluso en un contexto de salud pública, típicamente
65 menos controlado que los entornos clínicos experimentales. **Conclusión:** La TACI-G-
66 TDAH se mostró como una estrategia terapéutica viable y eficaz dentro del sistema
67 público de salud brasileño (SUS), con mejoras estadísticas y clínicas en múltiples
68 dominios conductuales. Su implementación en unidades básicas de salud, con las
69 adaptaciones necesarias, puede ampliar el acceso y los beneficios terapéuticos para
70 poblaciones desatendidas.

71 Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Psicoterapia de
72 Grupo. Terapia Conductual. Servicios de Salud Mental.

73 **Introdução**

74 Apesar dos avanços na produção científica internacional sobre intervenções
75 comportamentais para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH),
76 observa-se no Brasil uma escassez de modelos psicoterapêuticos manualizados e
77 validados para aplicação em serviços públicos. A Terapia Analítico-Comportamental
78 Infantil em Grupo para o TDAH (TACI-G-TDAH), apresentada neste estudo, representa
79 uma abordagem estruturada, por aliar fundamentos da análise do comportamento a um
80 formato grupal, com sessões sistematizadas, adaptadas à realidade da atenção
81 ambulatorial no sistema público de saúde brasileiro.

82 O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento com início precoce,
83 caracterizado por padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade
84 que comprometem o funcionamento acadêmico, social e emocional da criança ou
85 adolescente. Considerado um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na infância, o
86 TDAH apresenta prevalência global estimada entre 2% e 7%, com estudos mais recentes
87 apontando taxas de 7,6% em crianças e 5,6% em adolescentes.^{1,2} No Brasil, a
88 prevalência de TDHA é estimada entre 3,9% e 5,8%^{3,4}, o que equivale a milhões de

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

89 crianças e adolescentes afetados, muitas vezes de forma crônica e com impactos
90 significativos no desenvolvimento.

91 O TDAH frequentemente coexiste com outras condições psiquiátricas, como
92 transtorno opositor desafiador (TOD), transtornos de conduta (TC), transtornos de
93 ansiedade (TAs), depressão e dificuldades de aprendizagem, além de condições médicas
94 como obesidade, asma e distúrbios do sono. Estima-se que entre 70% e 80% das
95 crianças com TDAH apresentem pelo menos uma comorbidade ao longo da vida.⁵ Esses
96 quadros comórbidos agravam os prejuízos funcionais e dificultam o diagnóstico precoce
97 e o manejo clínico, contribuindo para desfechos adversos, como evasão escolar, conflitos
98 familiares, exclusão social e maior risco de uso de substâncias, aumentando a
99 vulnerabilidade para comportamentos que podem resultar em conflito com a lei.

100 Do ponto de vista neuropsicológico, crianças com TDAH demonstram déficits em
101 funções executivas (como planejamento, memória de trabalho e inibição
102 comportamental) e dificuldades com regulação emocional e habilidades sociais. Esses
103 déficits afetam a autonomia e a capacidade de lidar com regras e expectativas sociais,
104 levando a maiores taxas de rejeição pelos pares e isolamento.⁶ Embora o tratamento
105 farmacológico com psicoestimulantes como o metilfenidato seja amplamente
106 reconhecido como eficaz para redução dos sintomas, a literatura internacional
107 recomenda uma abordagem multimodal, que inclua intervenções comportamentais e
108 psicossociais, particularmente para crianças pequenas ou quando o acesso à medicação
109 é limitado.^{5,7,8}

110 No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda apresenta grandes lacunas na
111 atenção à saúde mental infantojuvenil e apesar de a farmacoterapia para o TDAH ser
112 recomendada por diretrizes clínicas globais, até o momento não há oferta pública
113 sistematizada desses medicamentos.⁹ O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do
114 TDAH, publicado pelo Ministério da Saúde em 2022, orienta que o tratamento inicial seja
115 realizado por meio de intervenções não farmacológicas, como terapia cognitivo-
116 comportamental, psicoeducação e manejo comportamental, priorizando estratégias
117 psicossociais e escolares.¹⁰

118 Desta forma, as intervenções comportamentais surgem como alternativas
119 particularmente relevantes e modelos de terapia comportamental em grupo

1
2
3 120 demonstraram efetividade para crianças com TDAH, tanto em ambiente clínico quanto
4
5 121 escolar, com impactos positivos em sintomas de desatenção, regulação emocional,
6
7 122 habilidades sociais e desempenho acadêmico.^{11,12} A TACI-G insere-se nesse contexto
8
9 123 como uma proposta de intervenção sustentada empiricamente, fundamentada na análise
10
11 124 do comportamento aplicada e na utilização de estratégias lúdicas para promover o
12
13 125 desenvolvimento de repertórios adaptativos. Além disso, a TACI-G adota uma
14
15 126 perspectiva psicoterápica integrativa, combinando princípios da análise funcional com
16
17 127 dinâmicas de grupo que favorecem o aprendizado social, a empatia e o reforço positivo
18
19 128 mútuo entre os participantes.¹³

20
21 129 A psicoterapia em grupo é reconhecida por seus benefícios na promoção de
22
23 130 habilidades interpessoais e no fortalecimento de vínculos sociais, sendo uma prática
24
25 131 recomendada em políticas públicas de saúde mental.¹⁴ Grupos terapêuticos possibilitam
26
27 132 o compartilhamento de experiências, a construção de redes de apoio e a otimização de
28
29 133 recursos em contextos de alta demanda e poucos profissionais disponíveis.^{15,16} Essa
30
31 134 abordagem coaduna-se com os princípios do SUS, que preconizam a integralidade do
32
33 135 cuidado, a participação social e a equidade no acesso aos serviços.¹⁷ A psicoterapia
34
35 136 grupal, especialmente quando combinada com psicoeducação e envolvimento parental,
36
37 137 pode representar uma resposta efetiva à carência de serviços especializados para
38
39 138 crianças com TDAH no sistema público brasileiro.

40
41 139 Apesar da robusta base de evidências sobre intervenções psicossociais para o
42
43 140 TDAH em ambientes clínicos controlados, ainda são escassos os estudos que
44
45 141 documentam a efetividade dessas abordagens em contextos reais de saúde pública,
46
47 142 especialmente em países de renda média como o Brasil.² A implementação TACI-G-
48
49 143 TDAH no sistema público de saúde representa uma inovação importante, por se tratar de
50
51 144 uma estratégia de baixo custo, viável em contextos de alta demanda e com escassez de
52
53 145 recursos especializados. Tal iniciativa contribui não apenas para a ampliação do acesso,
54
55 146 mas também para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental infantil.

56
57 147 Nesse sentido, o presente estudo propôs-se a avaliar o impacto da TACI-G no
58
59 148 comportamento de crianças e adolescentes com TDAH, a partir da aplicação da escala
60
149 *Child Behavior Checklist* (CBCL), instrumento amplamente validado para rastreamento
150 de problemas comportamentais e emocionais na infância e adolescência.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60**151 Métodos**

152 Trata-se de um estudo com delineamento quase-experimental de medidas
153 repetidas, no qual os participantes foram comparados consigo mesmos antes e após a
154 participação em uma intervenção comportamental em grupo. O objetivo principal foi
155 avaliar os efeitos da TACI-G-TDAH sobre variáveis comportamentais mensuradas pelo
156 Inventário de Comportamento Infantil (CBCL/6–18). O *Child Behavior Checklist* (CBCL/6–
157 18)¹⁸ é um instrumento de avaliação comportamental amplamente utilizado para
158 rastreamento de problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes
159 com idades entre 6 e 18 anos. Faz parte do sistema ASEBA (*Achenbach System of*
160 *Empirically Based Assessment*) e é aplicado por meio do relato dos pais ou responsáveis.
161 O protocolo contém uma série de itens organizados em escalas sindrômicas, escalas
162 orientadas por critérios do DSM e escalas de competência social. As respostas são
163 classificadas em três categorias (0 = não é verdadeiro, 1 = um pouco ou às vezes
164 verdadeiro, 2 = muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro), permitindo a obtenção
165 de escores brutos, padronizados (T-scores) e percentis. Os resultados são comparados
166 a normas de referência, classificando os comportamentos como dentro da faixa
167 normativa, limítrofe ou clínica. No presente estudo, o CBCL foi utilizado como medida de
168 desfecho para avaliação pré e pós-intervenção, a fim de verificar mudanças nos padrões
169 de comportamento das crianças participantes. A correção e análise dos dados foram
170 realizadas por meio do *software Assessment Data Manager* (ADM), seguindo os
171 parâmetros padronizados do sistema ASEBA.

172 A pesquisa foi conduzida entre março de 2023 e junho de 2024 no Centro de
173 Neuropediatria (GENEP) do Complexo Hospital de Clínicas, Empresa Brasileira de
174 Serviços Hospitalares (Ebserh) da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR).

175 Foram critérios de inclusão crianças e adolescentes de ambos os sexos, com
176 idade entre 7 e 13 anos, com diagnóstico principal de TDAH, confirmado por
177 neuropediatra ou psiquiatra da infância e da adolescência, mediante apresentação de
178 laudo médico contendo o CID-10 correspondente. Outros critérios de inclusão foram:
179 disponibilidade para participar das sessões semanais; aptidão física e mental para o
180 acompanhamento terapêutico; e assinatura do Termo de Consentimento Livre e
181 Esclarecido (TCLE) pelo responsável e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

1
2
3 182 (TALE) pela criança. Foram excluídos participantes com diagnóstico isolado de
4
5 183 transtornos disruptivos da conduta, deficiência intelectual, transtorno do espectro autista
6
7 184 (TEA), transtornos psicóticos, síndromes genéticas, quociente intelectual (QI) inferior a
8
9 185 70 avaliado pela Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-IV, ou
10 186 psicoterapia concomitante em outro serviço.

11
12 187 A amostra foi composta inicialmente por 11 famílias que iniciaram a participação
13
14 188 nos grupos de intervenção. Destas, uma família desistiu e duas descontinuaram a
15
16 189 participação, uma por apresentar diagnóstico comórbido de Transtorno do Espectro
17
18 190 Autista e outra porque a mãe apresentava transtorno psiquiátrico que impossibilitava sua
19
20 191 participação no grupo de pais, realizado concomitantemente. Assim oito famílias
21
22 192 concluíram a intervenção, contudo apenas sete delas completaram a avaliação pós-
23
24 193 intervenção. A avaliação inicial consistiu em entrevista semiestruturada com os
25
26 194 responsáveis, visando a coleta de informações sociodemográficas, clínicas e do
27
28 195 desenvolvimento infantil, utilizando-se do Critério de Classificação Econômica Brasil
29
30 196 (CCEB) para a categorização socioeconômica. O funcionamento cognitivo foi avaliado
31
32 197 por meio do WISC-IV, e o desfecho comportamental foi mensurado pelo CBCL/6–18,
33
34 198 aplicado antes e após a intervenção.

35
36 199 A TACI-G-TDAH consistiu em uma intervenção sistematizada estruturada em 12
37
38 200 sessões semanais com duração de 90 minutos cada, conduzidas por duas psicólogas
39
40 201 previamente treinadas e supervisionadas por profissionais experientes da equipe de
41
42 202 pesquisa. As sessões seguiram uma estrutura fixa, composta por quatro momentos: (1)
43
44 203 revisão da sessão anterior e discussão do tema atual; (2) prática de atenção plena
45
46 204 (*mindfulness*) com duração de 15 minutos; (3) treino de habilidades específicas
47
48 205 (socioemocionais e de funcionamento executivo) durante cerca de 50 minutos; e (4)
49
50 206 encerramento com participação conjunta dos pais ou responsáveis (15 minutos).
51
52 207 Paralelamente, os pais participaram de um grupo psicoeducativo, conduzido no mesmo
53
54 208 período e com frequência equivalente à das crianças. Faltas e atrasos foram monitorados
55
56 209 sistematicamente pelas terapeutas.

57
58 210 A seleção dos participantes ocorreu por meio de contato inicial via aplicativo
59
60 211 WhatsApp®. Após manifestação de interesse, as famílias foram agendadas para uma
212 212 entrevista remota (videoconferência), na qual foram apresentados os objetivos da

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

213 pesquisa, riscos e benefícios. As crianças que preencheram os critérios de inclusão
214 participaram de três encontros de avaliação (entrevista inicial, aplicação do CBCL e
215 aplicação do WISC-IV). Participantes com QI baixos foram orientados e encaminhados
216 para seguimento em serviços adequados da rede pública de saúde. Após a conclusão da
217 intervenção, foi realizada nova aplicação do CBCL. Todos os participantes que
218 completaram a avaliação pré-intervenção receberam um relatório psicológico individual,
219 elaborado conforme os critérios da Resolução CFP nº 6/2019, referente à elaboração de
220 documentos psicológicos.

221 O desfecho clínico primário da pesquisa foi a mudança nos escores do CBCL
222 após a intervenção TACI-G-TDAH, especialmente nas escalas relacionadas aos: a)
223 Problemas de atenção; b) Problemas de conduta; c) Comportamento de quebrar regras;
224 d) Sintomas internalizantes e externalizantes; e) Competência social e; f) Desempenho
225 acadêmico.

226 Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
227 da instituição (CAAE nº 28895220.7.0000.0096), em conformidade com os preceitos
228 éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi
229 conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque, seguindo as diretrizes para a
230 apresentação de estudos qualitativos COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting
231 Qualitative Research*), conforme as diretrizes de relato da EQUATOR.¹⁹

232 *Análise de dados*

233 A análise qualitativa consistiu na comparação entre os escores pré e pós-
234 intervenção em diferentes escalas do instrumento, com ênfase nas mudanças nas faixas
235 de classificação (normativa, limítrofe e clínica) e nos escores brutos, padronizados (T-
236 scores) e percentis. A estratégia adotada foi a de medidas repetidas intra-sujeito,
237 considerando a pequena amostra e o delineamento quase-experimental. Foram
238 examinadas as subescalas sindrômicas, os escores compostos (problemas
239 internalizantes, externalizantes e totais) e as escalas orientadas pelos critérios do DSM.

240 A análise descritiva permitiu identificar padrões de mudança nos indicadores
241 psicopatológicos e comportamentais, considerando o desempenho individual e coletivo
242 dos participantes. A trajetória dos escores foi interpretada a partir das diretrizes do

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

243 manual do CBCL e da literatura especializada, com foco na avaliação de efeitos clínicos
244 relevantes. Dado o tamanho reduzido da amostra, não foram realizados testes
245 estatísticos inferenciais, optando-se por uma abordagem qualitativa e exploratória com
246 foco na viabilidade, aplicabilidade e efeitos iniciais da intervenção.

247 Para avaliar a efetividade da intervenção foi considerada a análise de
248 significância clínica (SC; validade externa) e o índice de mudança confiável (IMC;
249 validade interna) por meio do Método JT desenvolvido Jacobson e Truax.²⁰ Por meio
250 dessa análise é possível demonstrar a validade interna de intervenções a nível dos
251 sujeitos e do grupo para cada subescala do instrumento avaliado. Essa análise permite
252 que a pessoa seja comparada com seu próprio desempenho (pré e pós-intervenção),
253 diminuindo a probabilidade de que valores médios mascarem ou supervalorizem suas
254 mudanças. Para cálculo da significância clínica é feito o cálculo da (Média \pm 2*DP). Para
255 cálculo do índice de mudança confiável (IMC) foi feita a diferença entre o escore pós-
256 intervenção subtraído do escore pré-intervenção dividido pelo erro padrão diferença entre
257 as duas medidas ($X_{\text{pós}} - X_{\text{pré}} / EP_{\text{dif}}$). O IMC avalia se as mudanças observadas no pré-
258 e pós-intervenção são reais e não apenas erros de medida. O critério para considerar
259 mudança confiável é se: IMC > 1,96, entende-se que houve uma Mudança Positiva
260 Confiável (MPC); se IMC < -1,96, entende-se que houve uma Mudança Negativa
261 Confiável (MNC); valores fora desses parâmetros indicam uma Ausência de Mudança
262 (AM).²¹

263 Contudo, uma mudança confiável pode não ser suficiente. Por isso, o segundo
264 critério — a significância clínica — busca determinar se, após a intervenção, o indivíduo
265 passou a se comportar de forma mais próxima ao que se espera de uma população
266 funcional (isto é, não clínica). Para isso, a SC foi calculada considerando que a amostra
267 não tem uma distribuição normativa (Critério A), assim a média e desvio padrão foram
268 estimados com base nos dados pré-intervenção da própria amostra clínica em
269 tratamento. Segundo esse critério, a mudança é considerada clinicamente relevante se a
270 diferença entre pré e pós-intervenção for, no mínimo de dois desvios padrões acima da
271 média pré-intervenção, situando a pessoa fora da distribuição de escores da população
272 disfuncional.²¹

273 **Resultados**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

274 Foram avaliadas sete crianças do sexo masculino, com idades entre 7 e 13 anos,
275 sendo 57,1% brancas e 42,9% pardas, todas matriculadas no ensino fundamental. A
276 maioria frequentava escola pública (85,7%) e não havia repetido de ano (85,7%). O
277 diagnóstico clínico principal de todos os participantes foi o TDAH, sendo que três
278 apresentavam comorbidades: dislexia associada à epilepsia (14,3%) e TOD (28,6%).
279 Quanto ao funcionamento cognitivo, três crianças apresentaram QI entre limítrofe e
280 média inferior, e quatro entre média superior e muito superior. Em relação ao ambiente
281 familiar, 57,1% dos pais estavam em união estável ou casamento, enquanto 42,9%
282 estavam separados. A maioria das crianças vivia com ambos os pais (71,4%) e tinha
283 entre um e dois irmãos.

284 A Figura 1 apresenta os resultados obtidos nas escalas de Competência Social
285 do CBCL antes e após a intervenção. De forma geral, observou-se manutenção dos
286 escores em grande parte das subescalas, com variações pontuais entre os participantes.
287 A subescala de “Competência Social” apresentou sinais de melhora em alguns casos,
288 sugerindo ganhos relacionados à capacidade de interação em diferentes contextos. Por
289 outro lado, as subescalas de “Atividades” e “Desempenho Escolar” revelaram padrões
290 diversos, com estabilidade na maioria dos casos e, em alguns, indicativos de leve
291 declínio, possivelmente relacionados a fatores externos ao processo terapêutico.

292 Para os escores das Escalas de Problemas de Comportamento, observou-se
293 tendência de redução dos níveis clínicos e *borderline* após a intervenção. Essa mudança
294 se refletiu em diferentes subescalas, indicando melhora geral nos indicadores de
295 dificuldades emocionais e comportamentais entre os participantes (Figura 2).

296 Os dados indicaram também uma tendência de melhora global nos quadros
297 comportamentais, com redução significativa nos escores de problemas internalizantes,
298 externalizantes e totais. Essa trajetória descendente sugere que a intervenção teve
299 impacto abrangente, alcançando tanto manifestações emocionais mais introspectivas
300 quanto comportamentos mais disruptivos. A diminuição dos escores totais aponta para
301 uma melhora geral no funcionamento comportamental e emocional das crianças
302 estudadas (Figura 3).

303 Os resultados obtidos a partir das escalas orientadas pelo DSM indicaram
304 melhora generalizada nos indicadores psicopatológicos, com redução nos escores

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

305 clínicos em diversos domínios diagnósticos. A intervenção demonstrou capacidade de
306 impactar tanto os sintomas relacionados a transtornos disruptivos quanto os quadros de
307 base ansiosa e afetiva (Figura 4).

308 Os escores apresentados na Figura 5 indicaram uma trajetória geral de melhora
309 no perfil comportamental das crianças ao final da intervenção. Observou-se redução
310 expressiva na quantidade de participantes classificados nas faixas clínica e limítrofe, com
311 um deslocamento significativo em direção à faixa normativa. Essa mudança nos escores
312 reforça a hipótese de que a TACI-G-TDAH produziu efeitos consistentes e generalizados
313 sobre múltiplas dimensões comportamentais, impactando positivamente o funcionamento
314 global das crianças. A consolidação desses avanços em termos quantitativos sugere que
315 a intervenção foi capaz de reverter quadros considerados patológicos para padrões
316 comportamentais mais adaptativos.

317 A Figura 6 apresenta uma visão geral dos resultados do CBCL após a
318 intervenção, com melhora nos domínios de 35,3%, estabilidade em 51,9% e piora em
319 12,8%. A melhora se deu de forma semelhante em todas as escalas, à exceção dos
320 Problemas Totais, cuja melhora foi superior (42,8%). Observou-se também deslocamento
321 dos participantes para faixas normativas em 17,5% dos domínios.

322 Considerando uma avaliação de todas as subescalas da CBLC pode-se observar
323 que a nível de grupo foram observadas mudanças clinicamente significativas nas
324 dimensões de ansioso/depressivo, problemas sociais, comportamento agressivo,
325 problemas internalizantes, externalizantes e totais (Tabela 1). Os participantes P1, P2,
326 P4 e P7 apresentaram Mudanças Positivas Confiáveis (MPC) em todas as subescalas
327 analisadas, indicando efeitos positivos consistentes da intervenção. Esses achados
328 sugerem que, para esses participantes, a intervenção foi efetiva em promover melhoras
329 mensuráveis, superando os limites do erro de medida e apontando para ganhos clínicos
330 relevantes.

331 Em contrapartida, o participante P3 apresentou Mudanças Negativas Confiáveis
332 (MNC) em diversas subescalas, incluindo aspectos escolares, sociais, de pensamento,
333 atenção, externalizantes e internalizantes, bem como em sintomas específicos como
334 depressão, ansiedade, transtornos de oposição e obsessivo-compulsivo. Esse padrão de
335 piora pode refletir a complexidade do quadro clínico, dificuldades de adesão à

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

336 intervenção ou mesmo eventos contextuais que tenham interferido negativamente ao
337 longo do processo. O participante P5 apresentou MNC apenas nas subescalas de
338 atividades e retraimento/depressivo, sugerindo oscilações específicas, mas não
339 generalizadas. Já o participante P6 demonstrou piora confiável na maioria das
340 subescalas, exceto nas relacionadas a quebra de regras, agressividade, problemas de
341 oposição, conduta e obsessivo-compulsivo, o que pode indicar um perfil de
342 funcionamento mais resistente à intervenção ou em transição de sintomas.

343 O CBCL é um instrumento voltado para uma avaliação de problemas
344 comportamentais em crianças, em especial, problemas internalizantes e externalizantes.
345 Devido a isso, optou-se pela seleção de apresentação dos gráficos de significância clínica
346 para essas duas dimensões. Esses gráficos estão organizados em quatro quadrantes,
347 que representam diferentes padrões de mudança: (a) o quadrante superior esquerdo
348 indica que participantes inicialmente com funcionamento clínico passaram a apresentar
349 funcionamento não clínico (melhora clínica); (b) o quadrante superior direito corresponde
350 à manutenção do funcionamento não clínico; (c) o quadrante inferior esquerdo representa
351 a permanência do funcionamento clínico; e (d) o quadrante inferior direito indica uma
352 piora clínica, com indivíduos que antes apresentavam funcionamento adequado
353 passando a mostrar indicadores clínicos. Como a presente amostra foi composta apenas
354 por participantes com sintomas clínicos, não se esperava a presença de casos nos
355 quadrantes 'b' e 'd'.

356 Na dimensão de problemas internalizantes (Figura 7), observa-se que os
357 participantes, em sua maioria, permaneceram dentro da faixa de incerteza estatística
358 delimitada pelos intervalos de confiança, sugerindo que a intervenção não promoveu
359 mudanças confiáveis nesse domínio. Um caso (P6) apresentou piora confiável, o que
360 pode estar relacionado a fatores individuais, como o engajamento limitado com o
361 processo interventivo ou eventos externos concorrentes. No que se refere aos problemas
362 externalizantes (Figura 8), os resultados foram similares, com a maioria dos participantes
363 permanecendo dentro da zona de estabilidade. No entanto, um caso (P3) apresentou
364 melhora confiável, porém ainda que tenha tido efeitos positivos da intervenção ele ainda
365 se manteve no quadrante de sintomas clínicos.

366 **Discussão**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

367 Os resultados sugerem que a TACI-G-TDAH pode representar uma intervenção
368 promissora no manejo de sintomas comportamentais e no desenvolvimento de
369 habilidades socioemocionais em crianças com diagnóstico de TDAH. A maioria dos
370 participantes apresentou melhora em indicadores comportamentais avaliados pelo
371 CBCL, especialmente nas escalas relacionadas a problemas externalizantes, como
372 comportamento agressivo, problemas de conduta e déficit de atenção e hiperatividade.

373 É importante destacar que a ausência de mudanças confiáveis ou clinicamente
374 significativas em nível individual não significa, por si só, que a intervenção foi ineficaz.
375 Diversos fatores podem influenciar esses resultados, como o tempo de exposição à
376 intervenção, o nível de comprometimento dos participantes, características individuais,
377 ou ainda a sensibilidade dos instrumentos utilizados para detectar mudanças. Além disso,
378 intervenções em contextos complexos — como problemas comportamentais na infância
379 — podem produzir efeitos graduais ou indiretos, não imediatamente captados por
380 medidas de autorrelato ou por avaliações padronizadas de curto prazo. Assim, os
381 achados devem ser interpretados com cautela e considerados dentro de uma análise
382 mais ampla, que inclui indicadores qualitativos, relatos de evolução e outras fontes de
383 evidência complementar.

384 A realização da TACI-G-TDAH em um serviço público de saúde representa um
385 dos pontos fortes deste estudo, pois, diferentemente da maioria dos que avaliam
386 intervenções para TDAH em contextos controlados e altamente estruturados, este
387 trabalho evidencia que é possível obter melhorias significativas no funcionamento
388 comportamental e emocional de crianças utilizando uma intervenção estruturada em
389 cenários marcados por limitações de recursos e alta demanda assistencial.¹² Essa
390 aplicabilidade em contexto real reforça a relevância da TACI-G-TDAH como uma
391 ferramenta promissora para inclusão nas redes públicas de cuidado, especialmente em
392 países em desenvolvimento.

393 A melhora observada nos escores do CBCL após a intervenção pode ser
394 compreendida à luz dos componentes centrais da TACI-G-TDAH, que atuam sobre
395 repertórios críticos ao funcionamento adaptativo de crianças com TDAH. O treino de
396 habilidades executivas visa fortalecer processos como inibição comportamental, memória
397 de trabalho e planejamento — funções cognitivas comumente comprometidas nesse

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

398 transtorno e diretamente relacionadas a comportamentos desorganizados, impulsivos e
399 desatentos.²²⁻²⁴ A melhora nos domínios de problemas de atenção, problemas de
400 conduta e comportamento de quebrar regras pode, portanto, refletir o impacto dessas
401 estratégias sobre o autocontrole e a organização do comportamento.^{25,26}

402 A regulação emocional, abordada sistematicamente nas sessões, pode ter
403 contribuído para a redução de sintomas internalizantes e externalizantes, como
404 evidenciado nas escalas de ansiedade/depressão, retraimento e agressividade. Crianças
405 com TDAH frequentemente apresentam dificuldade em identificar, nomear e manejar
406 emoções intensas, o que pode resultar em explosões comportamentais ou
407 comportamentos evitativos.^{6,27} O treino emocional, aliado ao uso de *mindfulness*, pode
408 ter favorecido maior consciência emocional e autorregulação, auxiliando os participantes
409 a responderem com mais flexibilidade às demandas sociais e acadêmicas.^{28,29}

410 A inclusão de atividades voltadas à resolução de problemas interpessoais
411 também se mostra relevante, especialmente para os ganhos nas escalas de competência
412 social e performance acadêmica. Aprender a identificar problemas, gerar alternativas,
413 avaliar consequências e escolher soluções adequadas são repertórios fundamentais para
414 reduzir conflitos, aumentar a aceitação pelos pares e melhorar o engajamento escolar.³⁰⁻

415 ³²
416 Por fim, a prática sistemática de *mindfulness*, integrada às sessões, pode ter
417 potencializado os efeitos sobre a atenção sustentada, a regulação emocional e a
418 consciência corporal. Estudos anteriores indicam que técnicas de atenção plena
419 promovem redução da impulsividade e melhora da concentração em crianças com
420 TDAH^{28,33}, o que corrobora os dados de melhora em múltiplos domínios comportamentais
421 e emocionais observados neste estudo.

422 Essas evidências sugerem que a TACI-G-TDAH, ao combinar componentes
423 cognitivos, emocionais e comportamentais em um formato grupal estruturado, promove
424 mudanças consistentes que se refletem nas diferentes escalas do CBCL, com impacto
425 potencialmente duradouro sobre o funcionamento geral das crianças.

426 Esses achados estão alinhados com estudos anteriores que apontam a eficácia
427 de intervenções comportamentais estruturadas no contexto grupal como estratégia de
428 tratamento complementar ao uso de medicação.^{34,35} Além disso, a abordagem analítico-

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

429 comportamental utilizada neste estudo incorporou elementos validados pela literatura,
430 como treino de resolução de problemas³⁶, intervenções sobre funções executivas²⁴ e
431 estratégias de regulação emocional, incluindo *mindfulness*²⁸, o que pode ter contribuído
432 para os efeitos positivos observados.

433 É importante destacar que os ganhos não foram uniformes entre os participantes,
434 o que ressalta a necessidade de compreender as diferenças individuais quanto ao perfil
435 clínico, cognição e contexto familiar. A ausência de melhora significativa em alguns casos
436 – ou mesmo a piora de alguns indicadores em participantes específicos – indica que a
437 resposta à intervenção pode depender de fatores como comorbidades, nível de
438 funcionamento cognitivo e engajamento familiar, como sugerem estudos de Horn et al.³⁷
439 e Crouzet et al.³⁸, ou estressores ambientais momentâneos como no referido caso.

440 Apesar do número reduzido de participantes, os dados evidenciaram tendências
441 relevantes que sustentam a aplicabilidade da TACI-G-TDAH no contexto de saúde
442 pública. Os participantes P2, P4 e P6 destacaram-se por apresentar melhora expressiva
443 em múltiplas variáveis, tanto nas subescalas sindrômicas quanto nas orientadas pelo
444 DSM, com destaque para os domínios de atenção, agressividade e conduta. Esses
445 resultados reforçam a literatura que recomenda intervenções grupais estruturadas como
446 alternativas eficazes e custo-benefício vantajoso, especialmente em sistemas com
447 recursos limitados como o SUS.^{39,40}

448 A melhora observada em domínios relacionados ao funcionamento executivo e à
449 regulação emocional também é coerente com evidências sobre a eficácia de intervenções
450 baseadas na Análise do Comportamento Aplicada e nas terapias comportamentais
451 contextuais.^{16,41} A estrutura em grupo possibilitou o uso de modelagem, ensaio
452 comportamental e reforçamento social imediato, elementos fundamentais para promover
453 aprendizagem social e generalização de comportamentos adaptativos.^{15,16}

454 Contudo, os dados também evidenciaram a necessidade de intervenções
455 individualizadas ou complementares em casos mais complexos. O participante P3, por
456 exemplo, apresentou piora clínica em diversos domínios, o que pode indicar maior
457 gravidade psicopatológica, baixa responsividade ao formato grupal ou fatores contextuais
458 não controlados. Essa variabilidade interindividual reforça o argumento de que, embora
459 os programas grupais sejam viáveis e efetivos, sua aplicação deve considerar triagens

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

460 cuidadosas, critérios de exclusão rigorosos e possibilidade de intervenções paralelas em
461 casos que exijam suporte adicional.³²

462 Além disso, vale destacar que todos os participantes estavam em uso de
463 medicação psicoestimulantes. Estudos anteriores indicam que a combinação de terapia
464 medicamentosa e intervenção comportamental tende a produzir melhores desfechos do
465 que qualquer um desses componentes isoladamente^{34,42}, o que pode ter potencializado
466 os efeitos positivos observados.

467 Outro ponto de relevância é o envolvimento dos responsáveis legais ao final de
468 cada sessão. A literatura destaca que intervenções que incluem orientação parental e
469 comunicação sistemática entre terapeutas e cuidadores favorecem a generalização das
470 estratégias aprendidas e promovem maior aderência ao tratamento.³⁵ Esse aspecto pode
471 ter contribuído para os desfechos positivos, mesmo em um grupo heterogêneo em termos
472 de composição familiar e nível socioeconômico.

473 *Perfil clínico e comportamental da amostra*

474 Os dados iniciais do CBCL apontaram que as maiores pontuações foram
475 observadas nas variáveis “déficit de atenção e hiperatividade”, “problemas de atenção” e
476 “problemas de estresse”, sugerindo que esses são os domínios comportamentais mais
477 comprometidos nesta população. Esses achados corroboram a literatura, que destaca o
478 CBCL como instrumento sensível para triagem de sintomas do TDAH e
479 comorbidades.^{43,44}

480 Estudos prévios confirmam que crianças com TDAH tendem a apresentar
481 escores elevados também em outras escalas do CBCL, especialmente nas associadas a
482 estresse e sintomas internalizantes, como ansiedade e depressão.^{45,46} A elevada
483 exposição a estressores familiares, escolares e sociais, frequentemente relatada na
484 literatura^{47,48}, pode justificar os altos percentis encontrados nas subescalas de estresse,
485 humor e ansiedade. Segundo Hartman et al.⁴⁷, há um ciclo bidirecional entre estresse e
486 sintomatologia do TDAH, o que pode contribuir para a cronicidade do transtorno.

487 *Efeitos da intervenção TACI-G-TDAH*

488 A análise da Figura 1 revela que a TACI-G-TDAH teve impacto misto nas escalas
489 de competência social do CBCL, com efeitos positivos especialmente na subescala

1
2
3 490 “Competência Social”. Quatro dos sete participantes demonstraram melhora nesse
4
5 491 domínio após a intervenção, o que pode refletir o fortalecimento das habilidades
6
7 492 interpessoais trabalhadas nas sessões, como reconhecimento de emoções, regulação
8
9 493 emocional e resolução de conflitos, estratégias centrais do modelo utilizado. Embora a
10
11 494 subescala “Atividades” tenha revelado piora para a maioria dos participantes, esse dado
12
13 495 deve ser interpretado com cautela, pois a diminuição na frequência ou diversidade de
14
15 496 atividades extracurriculares durante o período de intervenção pode ter ocorrido por
16
17 497 sobreposição de agendas ou priorização da participação nas sessões terapêuticas. Já a
18
19 498 estabilidade na “Competência Total” indica que, embora tenham ocorrido ganhos
20
21 499 específicos, esses não foram suficientes para alterar significativamente a avaliação geral
22
23 500 da competência social conforme os critérios do CBCL. Esses achados estão em
24
25 501 consonância com estudos anteriores que apontam benefícios pontuais de intervenções
26
27 502 em grupo na socialização de crianças com TDAH³⁵, mas também alertam para a
28
29 503 necessidade de estratégias complementares que promovam a generalização dessas
30
31 504 habilidades para os contextos escolares e familiares. Além disso, os dados reforçam a
32
33 505 importância de envolver ativamente os cuidadores no processo, como previsto na TACI-
34
35 506 G-TDAH, para apoiar e manter os avanços observados ao longo do tempo.
36
37 507 Os resultados da Figura 2 reforçam a efetividade da TACI-G-TDAH na redução
38
39 508 de sintomas comportamentais externalizantes em crianças com diagnóstico de TDAH,
40
41 509 conforme identificado pela diminuição dos escores nas escalas de problemas de
42
43 510 comportamento do CBCL. A melhora clínica observada em domínios como
44
45 511 comportamento agressivo, problemas de conduta e déficit de atenção sugere que a
46
47 512 intervenção foi bem-sucedida em atuar sobre repertórios disfuncionais comumente
48
49 513 associados ao TDAH e suas comorbidades. Esses achados são consistentes com a
50
51 514 literatura internacional, que reconhece a eficácia de intervenções comportamentais
52
53 515 grupais no manejo de sintomas externalizantes em crianças.^{34,35,42}
54
55 516 A estrutura da TACI-G-TDAH, baseada em princípios da Análise do
56
57 517 Comportamento Aplicada e enriquecida com estratégias de mindfulness e treino de
58
59 518 habilidades executivas, parece ter favorecido a aquisição e generalização de
60
519 comportamentos socialmente adequados. Estudos como os de Barkley³⁶ e Marques,
520 Amaral e Pantano²² destacam que o fortalecimento dessas habilidades é crucial para

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

521 melhorar a autorregulação e reduzir a impulsividade e a reatividade comportamental –
522 aspectos centrais para a população com TDAH.

523 Outro fator relevante para os efeitos positivos observados pode ter sido o formato
524 grupal da intervenção, que possibilita o uso de modelagem e reforçamento social
525 imediato, conforme proposto por Delitti e Derdyk¹⁶ e Yalom¹⁵. A dinâmica de grupo
526 também favorece o desenvolvimento de empatia, cooperação e resolução de conflitos, o
527 que pode ter impacto direto na redução de comportamentos agressivos e opostos.

528 Vale destacar que a melhora mais expressiva foi observada em participantes com
529 níveis clínicos mais elevados no início da intervenção, o que corrobora estudos que
530 apontam maior responsividade ao tratamento entre casos mais severos.^{40,49} Entretanto,
531 nem todos os participantes apresentaram avanços consistentes, o que indica a
532 necessidade de triagem cuidadosa e, em alguns casos, de intervenções complementares
533 individualizadas.

534 A redução dos escores nas escalas de problemas de comportamento do CBCL
535 também pode ser interpretada como um reflexo indireto da melhora em funções
536 executivas e da regulação emocional promovidas ao longo das 12 sessões. Como
537 apontado por Greco e Hayes²⁸, intervenções que integram práticas de atenção plena com
538 treino de habilidades cognitivas e socioemocionais tendem a gerar efeitos mais amplos e
539 sustentáveis no comportamento infantil.

540 Em suma, os achados referentes à Figura 2 apoiam a conclusão de que a TACI-
541 G-TDAH é uma intervenção comportamental promissora, de baixo custo e alta viabilidade
542 para aplicação no contexto do SUS, com impacto relevante sobre os sintomas
543 externalizantes e o comportamento disfuncional de crianças com TDAH.

544 Os resultados da Figura 3 apontam para uma melhora global nos quadros
545 comportamentais dos participantes, com redução consistente dos escores nas escalas
546 de problemas internalizantes, externalizantes e totais do CBCL. Esses achados sugerem
547 que a TACI-G-TDAH foi capaz de impactar não apenas sintomas externalizantes
548 clássicos do TDAH — como impulsividade, hiperatividade e agressividade — mas
549 também sintomas internalizantes, como ansiedade, retraimento social e queixas
550 somáticas. Essa amplitude de efeitos é coerente com a proposta multifocal da
551 intervenção, que combinou estratégias de regulação emocional, treino de habilidades

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

552 sociais e atenção plena (*mindfulness*), conforme descrito por Greco e Hayes²⁸ e Delitti e
553 Derdyk¹⁶.

554 A melhora nos problemas internalizantes é particularmente relevante,
555 considerando que esses sintomas tendem a ser subdiagnosticados em crianças com
556 TDAH, uma vez que os quadros externalizantes costumam ser mais visíveis e
557 disruptivos.^{46,47} A integração de práticas de reconhecimento e nomeação de emoções,
558 aliada ao treino de estratégias de enfrentamento adaptativas, pode ter favorecido uma
559 maior autorregulação emocional e redução de sofrimento subjetivo, como também já
560 demonstrado em intervenções baseadas em *mindfulness*.²⁸

561 A redução no escore total de problemas reforça o impacto geral da TACI-G-TDAH
562 sobre o funcionamento emocional e comportamental das crianças, indicando ganhos
563 além de uma única dimensão clínica. Isso é compatível com estudos que defendem o
564 uso de intervenções multimodais para o TDAH, especialmente quando aplicadas em
565 contextos coletivos e com acompanhamento familiar.^{34,42}

566 Os efeitos observados também podem ter sido potencializados pela presença de
567 suporte psicopedagógico familiar nas sessões e pela continuidade do uso de medicação
568 psicoestimulante, o que está em linha com evidências de que a combinação entre
569 tratamento medicamentoso e psicoterapia comportamental gera melhores resultados do
570 que o uso isolado de qualquer uma das abordagens.^{35,42}

571 Ainda que os efeitos tenham variado entre os participantes, o padrão geral de
572 redução nas três escalas sugere que a TACI-G-TDAH é uma intervenção sensível a
573 diferentes tipos de sofrimento psíquico, apresentando potencial para ser adotada em
574 larga escala nos serviços públicos de saúde mental infantojuvenil. Os dados reforçam o
575 valor clínico de programas estruturados, manualizados e baseados em evidências para
576 promover mudanças significativas em diferentes domínios do comportamento infantil.

577 Os resultados da Figura 5 reforçam a efetividade da TACI-G-TDAH ao evidenciar
578 um deslocamento significativo de participantes das faixas clínica e borderline para a faixa
579 normativa dos escores do CBCL. Essa transição reflete não apenas a redução de
580 sintomas específicos, mas uma melhora abrangente no funcionamento emocional e
581 comportamental das crianças após a intervenção, o que é particularmente relevante no

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

582 contexto da saúde pública, onde o acesso a terapias especializadas é frequentemente
583 limitado.

584 A mudança no padrão dos escores aponta para uma reclassificação clínica com
585 implicações práticas importantes, já que os escores do CBCL são amplamente utilizados
586 para indicar necessidade de encaminhamentos, intervenções escolares e
587 acompanhamento especializado. Como apontado por Biederman et al.⁴³, crianças com
588 escores persistentemente elevados apresentam maior risco de desfechos negativos ao
589 longo do desenvolvimento, como dificuldades acadêmicas, exclusão social e
590 comorbidades psiquiátricas. A redução desses escores, portanto, não representa apenas
591 um ganho estatístico, mas uma possível mudança de trajetória no curso do
592 desenvolvimento infantil.

593 A TACI-G-TDAH, ao integrar treino de habilidades executivas, práticas de
594 regulação emocional, resolução de problemas e *mindfulness*, mostrou-se capaz de
595 promover mudanças consistentes mesmo em uma amostra pequena e heterogênea. Os
596 ganhos observados também podem ser atribuídos ao envolvimento parental ao final das
597 sessões, fator reconhecido como essencial para a manutenção e generalização dos
598 efeitos terapêuticos.³⁵

599 Além disso, o fato de todos os participantes estarem em uso concomitante de
600 medicação sugere que a intervenção comportamental potencializou os efeitos do
601 tratamento farmacológico, conforme evidenciado por Hudson et al.³⁴ e Pelham et al.⁴²,
602 que indicam melhores desfechos quando ambos os recursos são combinados.

603 Em síntese, a movimentação dos escores observada na Figura 5 reforça o
604 impacto clínico e preventivo da TACI-G-TDAH, destacando sua aplicabilidade como uma
605 estratégia psicoterapêutica grupal de baixo custo, replicável e alinhada às diretrizes das
606 políticas públicas de saúde mental infantojuvenil no Brasil. Esses achados sustentam a
607 proposta de ampliação da intervenção para amostras maiores e múltiplos centros de
608 atendimento, visando sua consolidação como prática validada no SUS.

609 *Viabilidade e aplicabilidade da intervenção*

610 Para além dos efeitos observados nos desfechos comportamentais, é
611 fundamental considerar a viabilidade da TACI-G-TDAH como intervenção

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

612 psicoterapêutica a ser implementada em serviços públicos de saúde. Viabilidade, nesse
613 contexto, refere-se à possibilidade prática de implementação de uma intervenção dentro
614 das limitações reais de um determinado ambiente, considerando aspectos como recursos
615 financeiros, infraestrutura, tempo disponível, capacitação da equipe e aceitação dos
616 usuários.^{50,51}

617 A TACI-G-TDAH demonstrou-se viável em um contexto de atenção ambulatorial
618 pública, tendo sido implementada com recursos limitados e sem necessidade de estrutura
619 complexa. A intervenção é sistematizada, o que favorece sua replicação em diferentes
620 contextos por profissionais previamente treinados. A supervisão contínua é recomendada
621 para assegurar a fidelidade da aplicação e a qualidade da intervenção.⁵²

622 No que diz respeito à infraestrutura, a intervenção requer apenas um espaço
623 compatível com a condução de grupos, como salas de atendimento coletivo ou espaços
624 comunitários. O tempo de aplicação também foi compatível com a realidade dos serviços:
625 doze sessões semanais com duração de 90 minutos demonstraram-se suficientes para
626 alcançar efeitos positivos, sem necessidade de prorrogação. Do ponto de vista
627 regulatório, a TACI-G-TDAH está alinhada com as diretrizes do Ministério da Saúde, que
628 priorizam abordagens psicossociais como tratamento de primeira linha para o TDAH,
629 especialmente frente à não incorporação dos psicoestimulantes ao SUS por questões
630 econômicas e de qualidade das evidências disponíveis.⁹

631 O protocolo clínico nacional enfatiza intervenções não farmacológicas que
632 promovam o desenvolvimento de habilidades sociais, acadêmicas e comportamentais,
633 além do acompanhamento contínuo dos efeitos terapêuticos e da atuação integrada de
634 equipes multidisciplinares. Nesse sentido, a TACI-G-TDAH cumpre os critérios de
635 efetividade, replicabilidade e integração com os princípios do SUS, demonstrando-se
636 uma proposta promissora para ampliar o acesso ao tratamento de crianças com TDAH
637 em contextos públicos e com recursos limitados.

638 Embora o TDAH tenha elevada prevalência na infância e adolescência, o
639 presente estudo optou por trabalhar com uma amostra reduzida, condizente com seu
640 caráter de investigação preliminar sobre a viabilidade e os efeitos iniciais da TACI-G-
641 TDAH em contexto real de serviço público. A intervenção foi aplicada em ambiente
642 ambulatorial do SUS, com equipe e recursos limitados, o que justifica o delineamento

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

643 piloto com número restrito de participantes. Essa decisão metodológica buscou garantir
644 maior controle, segurança e qualidade no processo de implementação e
645 acompanhamento clínico. Assim, a amostra pequena não representa um obstáculo à
646 viabilidade da intervenção no SUS, mas sim uma estratégia prudente de início, típica de
647 estudos de viabilidade. Os resultados positivos observados fortalecem a proposta de
648 ampliação futura para amostras maiores e múltiplos centros, com o objetivo de consolidar
649 evidências e promover a adoção da TACI-G-TDAH como prática replicável e eficaz na
650 rede pública de saúde.

651 *Implicações práticas*

652 Apesar das limitações, os resultados deste estudo piloto sugerem que a TACI-G-
653 TDAH é uma estratégia promissora para o cuidado psicossocial de crianças com TDAH
654 em contextos públicos de saúde. A intervenção em grupo oferece vantagens logísticas e
655 econômicas, ao mesmo tempo em que favorece a aprendizagem por modelagem, o
656 reforçamento social e a generalização de habilidades. A adaptação da terapia ao universo
657 infantil por meio de recursos lúdicos, integração com a família e foco em habilidades
658 funcionais são elementos que dialogam com os princípios da Reforma Psiquiátrica, da
659 atenção psicossocial e das diretrizes da política pública de saúde mental infantojuvenil
660 no Brasil.

661 A inclusão de psicoterapia comportamental infantil em grupo no rol de práticas
662 clínicas dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, bem como sua replicação
663 em unidades de saúde com suporte especializado, pode ampliar o acesso e qualificar o
664 cuidado em saúde mental para uma população ainda subatendida.

665 *Limitações do estudo*

666 As principais limitações deste estudo dizem respeito ao delineamento, à amostra
667 e à mensuração dos desfechos. Primeiramente, trata-se de um estudo quase-
668 experimental, sem grupo controle e com delineamento de medidas repetidas, no qual os
669 participantes foram comparados com eles mesmos antes e após a intervenção. Essa
670 estratégia, embora útil em estudos de viabilidade, não permite controlar efeitos de fatores
671 externos que possam ter influenciado os resultados, como maturação ou eventos
672 ambientais.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

673 A segunda limitação refere-se ao tamanho da amostra ($n = 7$), o que compromete
674 a generalização dos achados e inviabiliza a análise inferencial para detectar efeitos
675 consistentes da intervenção. A ausência de randomização e o uso de amostragem por
676 conveniência também limitam a validade externa dos resultados. Além disso, os dados
677 de desfecho foram obtidos exclusivamente por meio do relato dos responsáveis via
678 CBCL, o que pode estar sujeito a viés de expectativa, uma vez que os pais sabiam que
679 os filhos estavam recebendo a intervenção.

680 Apesar de o ambulatório atender um grande número de crianças com TDAH e de
681 haver uma demanda expressiva por suporte psicossocial por parte das famílias, a adesão
682 ao programa TACI-G-TDAH foi relativamente baixa. Esse fenômeno pode estar
683 relacionado a múltiplos fatores. Primeiramente, barreiras logísticas como dificuldades de
684 transporte, conflitos com horários escolares ou de trabalho dos responsáveis e limitações
685 financeiras podem ter impactado a frequência. Além disso, é possível que o estigma
686 associado ao tratamento psicológico ainda represente um obstáculo para o engajamento
687 contínuo, especialmente em contextos públicos.⁵³ A complexidade do cotidiano das
688 famílias que utilizam o SUS, muitas vezes marcado por vulnerabilidades
689 socioeconômicas, também pode dificultar a priorização de um acompanhamento
690 terapêutico regular, ainda que desejado. Esses aspectos indicam a importância de
691 estratégias de sensibilização, flexibilização de horários e suporte à permanência para
692 aumentar a efetividade da implementação em contextos reais de saúde pública. Este
693 estudo foi conduzido em um hospital universitário de referência, localizado na capital e
694 com atendimento estendido à região metropolitana e muitas das famílias atendidas
695 residem a longas distâncias desta instituição, o que pode ter dificultado a participação
696 regular nas sessões e contribuído para a baixa adesão ao programa. A implementação
697 de intervenções como a TACI-G-TDAH em unidades básicas de saúde (UBS), por
698 exemplo, mais próximas da comunidade e com maior acessibilidade, poderia favorecer
699 uma maior participação das famílias, especialmente daquelas com recursos financeiros
700 e logísticos limitados. Além de ampliar o alcance da intervenção, essa descentralização
701 poderia contribuir para a efetivação de estratégias de cuidado em saúde mental no nível
702 primário, alinhando-se aos princípios da equidade e da integralidade do SUS. No entanto,
703 é importante considerar que a adaptação de um protocolo terapêutico e de instrumentos

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

704 de pesquisa como o CBCL à rotina das UBS representa um desafio importante. As
705 exigências de tempo, capacitação de profissionais e estrutura para aplicação e análise
706 sistemática desses instrumentos nem sempre são compatíveis com a realidade dessas
707 unidades, o que exige estratégias de simplificação e integração com os fluxos já
708 existentes no serviço. Essa tensão entre acessibilidade e viabilidade metodológica
709 precisa ser considerada em futuras implementações em contextos comunitários.

710 Outra limitação importante é a ausência de seguimento (*follow-up*), o que impede
711 avaliar a manutenção dos ganhos ao longo do tempo e sua generalização para contextos
712 naturais da vida da criança. Por fim, apesar da intervenção ser sistematizada, não foram
713 utilizados instrumentos sistemáticos para avaliar a fidelidade à aplicação do protocolo, o
714 que compromete a padronização e replicabilidade do estudo. Pode ter havido viés pela
715 avaliação e participação dos pais, embora com percepção positiva, desejável como
716 desfecho clínico da pesquisa.

717 Futuros estudos devem considerar a ampliação da amostra, a inclusão de grupo
718 controle, a avaliação cega dos desfechos e o monitoramento do seguimento a médio e
719 longo prazo, além de medidas de fidelidade para fortalecer a robustez metodológica e as
720 inferências sobre a efetividade da TACI-G-TDAH.

721 *Conclusão*

722 Os achados deste estudo sugerem que a TACI-G-TDAH promoveu mudanças
723 clinicamente significativas no comportamento de crianças com TDAH atendidas em um
724 serviço público de saúde. Além das diferenças estatisticamente relevantes observadas
725 nos domínios internalizantes e externalizantes do CBCL, a análise de significância clínica
726 (SC) e do índice de mudança confiável (IMC) evidenciou que uma parcela expressiva das
727 crianças apresentou melhora real, não atribuída ao acaso ou à variabilidade da medida.
728 Esses dados fortalecem a validade interna e externa da intervenção.

729 A combinação de treino de habilidades executivas, regulação emocional,
730 resolução de problemas e *mindfulness* demonstrou ser eficaz na promoção da
731 autorregulação, organização comportamental e melhora nas competências sociais e
732 acadêmicas. Embora a adesão ao programa tenha sido limitada, possivelmente por
733 barreiras logísticas e pela distância do hospital universitário em relação ao local de

1
2
3 734 residência das famílias, os resultados obtidos indicam que intervenções grupais
4 735 estruturadas são viáveis e custo-efetivas no contexto do SUS.
5
6 736 A implementação em unidades básicas de saúde pode potencializar o alcance e
7 a adesão das famílias, embora exija adaptações operacionais para integrar os
8 737 instrumentos e a estrutura do programa à rotina desses serviços. Estudos futuros devem
9 738 ampliar o número de participantes, incluir amostras multicêntricas e explorar formas de
10 739 viabilizar essa abordagem em contextos comunitários, contribuindo para a disseminação
11 740 de práticas baseadas em evidências em saúde mental infantil.
12
13
14
15
16
17

18 742 *Referências*

- 19
20 743 1. Salari N, Darvishi N, Bartina Y, et al. The global prevalence of ADHD in children
21 and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.*
22 744 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
23 745
24
25 746 2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide
26 prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J*
27 747 *Psychiatry.* 2007;164(6):942–8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
28
29 748 3. Arruda MA, Arruda R, Guidetti V, Bigal ME. Associated factors of attention-
30 deficit/hyperactivity disorder diagnosis and psychostimulant use: a nationwide
31 749 representative study. *Pediatr Neurol.* 2022;128:45–51.
32 750 doi:10.1016/j.pediatrneurol.2021.11.008.
33
34 751 4. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martellet L, et
35 al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence,
36 752 comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*
37 1999;38(6):716–22. doi:10.1097/00004583-199906000-00019.
38
39 753 5. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder.
40 754 *Nat Rev Dis Primers.* 2024;10(11). doi:10.1038/s41572-024-00495-0.
41
42 755 6. Graziano PA, Garcia AM. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's
43 756 emotion dysregulation: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;46:106–123.
44
45
46 757 7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit
47 758 hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87.
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 763 [https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-](https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933)
4 764 [disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933.](https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933)
5
6
7 765 8. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the
8 766 diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in
9 767 children and adolescents. *Pediatrics*. 2019. doi:10.1542/peds.2019-2528.
10
11
12 768 9. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
13 769 no Sistema Único de Saúde. Consulta pública avalia medicamentos para
14 770 Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.
15 771 [https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/consulta-publica-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/consulta-publica-avalia-medicamentos-para-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade)
16 772 [avalia-medicamentos-para-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade.](https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/consulta-publica-avalia-medicamentos-para-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade)
17
18 773 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde;
19 774 Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.
20 775 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção
21 776 com Hiperatividade. Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022.
22 777 [https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperatividadetdah.pdf)
23 778 [br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhip](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperatividadetdah.pdf)
24 779 [eratividadetdah.pdf.](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperatividadetdah.pdf)
25
26 780 11. Pelham WE Jr, Fabiano GA, Waxmonsky JG, et al. Treatment sequencing for
27 781 childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and
28 782 behavioral interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;45:396–415.
29
30 783 12. Sibley MH, Kuriyan AB, Marhefka SL, et al. Non-pharmacological interventions for
31 784 attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Lancet Child*
32 785 *Adolesc Health*. 2023;7:415–28.
33
34 786 13. Del Prette GD. Terapia Analítico-Comportamental Infantil: relações entre o
35 787 brincar e comportamentos da terapeuta e da criança [dissertação de mestrado].
36 788 São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2006.
37
38 789 14. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge MSB. Cuidado em saúde
39 790 mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos

- 1
2
3 791 trabalhadores de saúde. *Interface*. 2010;14(32):75–88. doi:10.1590/S1414-
4 792 32832010000100011.
5
6
7 793 15. Yalom ID. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
8
9 794 16. Delitti M, Derdyk P, organizadoras. *Terapia analítico-comportamental em grupo*.
10 795 Santo André: ESETec Editores Associados; 2008.
11
12
13 796 17. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.081, de 2010: Dispõe sobre o
14 797 diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com
15 798 Hiperatividade na educação básica.
16
17 799 <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472>
18 800 404.
19
20
21
22 801 18. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*.
23 802 Burlington (VT): University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
24
25
26 803 19. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting
27 804 qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*.
28 805 2014;89(9):1245-51.
29
30
31
32 806 20. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining
33 807 meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*.
34 808 1991;59(1):12–19.
35
36
37
38 809 21. Aguiar AAR, Aguiar RG, Del Prette ZAP. *Calculando a significância clínica e o*
39 810 *índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: EDUFSCar;
40 811 2009.
41
42
43 812 22. Barkley R. *Tratando TDAH em Crianças e Adolescentes: O que Todo Clínico*
44 813 *Deve Saber*. Porto Alegre: Artmed; 2024.
45
46
47 814 23. Langberg JM, Molina BSG, Arnold LE, Epstein JN, Altaye M, Hinshaw SP, et al.
48 815 Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in
49 816 a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child*
50
51 817 *Adolesc Psychol*. 2011;40:519–31.
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 818 24. Marques A, Amaral AV, Pantano T. Treino de funções executivas e aprendizado.
4 819 Barueri (SP): Manole; 2020.
5
6
7 820 25. Pffifner LJ, Haack LM. Behavior management for school-aged children with
8 821 ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23(4):731–46.
9 822 doi:10.1016/j.chc.2014.05.014.
10
11
12 823 26. Pelham WE Jr, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for
13 824 attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.*
14 825 2008;37:184–214.
15
16
17 826 27. Musser ED, Backs RW, Schmitt CF, Ablow JC, Measelle JR, Nigg JT. Emotion
18 827 regulation via the autonomic nervous system in children with attention-
19 828 deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(6):841–
20 829 52.
21
22
23 830 28. Greco L, Hayes S, editors. Acceptance and mindfulness treatments for children
24 831 and adolescents: a practitioner's guide. Oakland: New Harbinger Publications;
25 832 2008.
26
27
28 833 29. Vekety B, Logemann HA, Takacs ZK. The effect of mindfulness-based
29 834 interventions on inattentive and hyperactive–impulsive behavior in childhood: a
30 835 meta-analysis. *Int J Behav Dev.* 2021;45(2):133–45.
31 836 doi:10.1177/0165025420958192.
32
33
34 837 30. Del Prette A, Del Prette Z. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e
35 838 prática. Petrópolis: Vozes; 2005.
36
37
38 839 31. Wilkes-Gillan S, Bundy A, Cordier R, Lincoln M, Miller K. A pairwise randomized
39 840 controlled trial of a peer-mediated play-based intervention to improve the social
40 841 play skills of children with ADHD: outcomes of the typically-developing playmates.
41 842 *PLoS One.* 2022;17(10):e0276444. doi:10.1371/journal.pone.0276444.
42
43
44 843 32. Cordier R, Wilkes-Gillan S, Speyer R, et al. Peer inclusion in interventions for
45 844 children with ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int.*
46 845 2018;2018:7693479. doi:10.1155/2018/7693479.
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

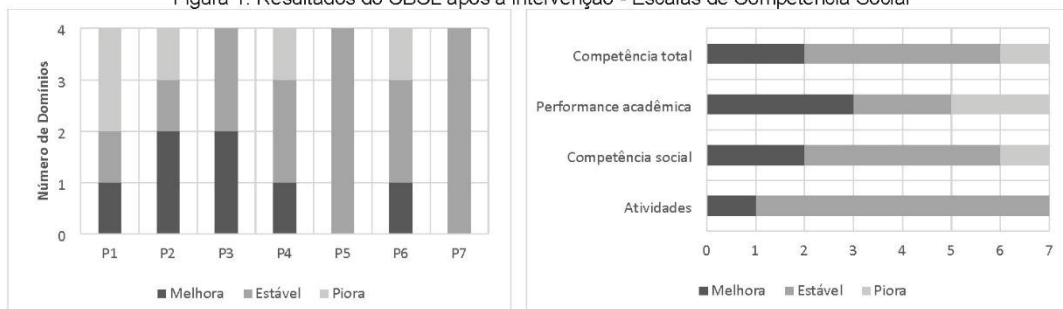
- 1
2
3 846 33. Meppelink R, Bruin E, Bögels S. Mindfulness training for childhood ADHD: a
4 847 promising and innovative treatment. *ADHD Pract.* 2016;8:33–6.
5
6
7 848 34. Hudson JL, McLellan LF, Roberts K, et al. Interventions for young children's
8 mental health: a review of reviews. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2023;26(3):593–
9 849 641. doi:10.1007/s10567-023-00443-6.
10 850
11
12 851 35. Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A,
13 852 O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-
14 853 deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(2):129–40.
15 854 doi:10.1016/j.cpr.2008.11.001.
16
17
18 855 36. Barkley R. *12 Principles for Raising a Child with ADHD.* New York: Guilford
19 856 Press; 2021.
20
21
22 857 37. Horn W, Ialongo N, Greenberg G, Packard T, Smith-Winberry C. Additive effects
23 858 of behavioral parent training and self-control therapy with attention deficit
24 859 hyperactivity disordered children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 1990;19:98–110.
25
26
27 860 38. Crouzet L, Gramond A, Suehs C, Fabbro-Peray P, Abbar M, Lopez-Castroman J.
28 861 Third-generation cognitive behavioral therapy versus treatment-as-usual for
29 862 attention deficit and hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled
30 863 trial. *Trials.* 2022;23(1):83. doi:10.1186/s13063-021-05983-2.
31
32
33 864 39. Young S. Effectiveness of group-based treatments for attention-
34 865 deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.*
35 866 2013;33(2):253–65.
36
37
38 867 40. Coelho VAA, Leme VBR, Soares AB. Intervenções em grupo com crianças e
39 868 adolescentes em contexto escolar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol*
40 869 *Esc Educ.* 2017;21(1):115–23. doi:10.1590/2175-3539/2017/0211895.
41
42
43 870 41. Engleman T. *The effectiveness of applied behavioral analysis on individuals with*
44 871 *attention-deficit/hyperactivity disorder [dissertation].* Youngstown (OH):
45 872 Youngstown State University; 2024.
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 873 42. Pelham WE Jr, Fabiano GA, Waxmonsky JG, et al. Treatment sequencing for
4 874 childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and
5 875 behavioral interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;45:396–415.
6
7
8
9 876 43. Biederman J, Monuteaux MC, Kendrick E, Klein KL, Faraone SV. The CBCL as a
10 877 screen for psychiatric comorbidity in pediatric patients with ADHD. *Arch Dis Child*.
11 878 2005;90(10):1010–5. doi:10.1136/adc.2004.056937.
12
13
14 879 44. Chen WJ, Faraone SV, Biederman J, Tsuang MT. Diagnostic accuracy of the
15 880 Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: a
16 881 receiver-operating characteristic analysis. *J Consult Clin Psychol*.
17 882 1994;62(5):1017–25. doi:10.1037/0022-006X.62.5.1017.
18
19
20 883 45. Humphreys KL, Watts EL, Dennis EL, King LS, Thompson PM, Gotlib IH.
21 884 Stressful life events, ADHD symptoms, and brain structure in early adolescence.
22 885 *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(3):421–32. doi:10.1007/s10802-018-0443-5.
23
24
25 886 46. Biederman J, DiSalvo M, Vaudreuil C, Wozniak J, Uchida M, Woodworth KY, et
26 887 al. The Child Behavior Checklist can aid in characterizing suspected comorbid
27 888 psychopathology in clinically referred youth with ADHD. *J Psychiatr Res*.
28 889 2021;138:477–84. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.04.028.
29
30
31 890 47. Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME.
32 891 Stress exposure and the course of ADHD from childhood to young adulthood:
33 892 comorbid severe emotion dysregulation or mood and anxiety problems. *J Clin*
34 893 *Med*. 2019;8(11):1824. doi:10.3390/jcm8111824.
35
36
37 894 48. Grant KE, Compas BE, Thurm AE, McMahon SD, Gipson PY. Stressors and child
38 895 and adolescent psychopathology: measurement issues and prospective effects. *J*
39 896 *Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33:412–25.
40 897 doi:10.1207/s15374424jccp3302_23.
41
42
43 898 49. Groenman AP, Hornstra R, Hoekstra PJ, et al. An individual participant data
44 899 meta-analysis: behavioral treatments for children and adolescents with attention-
45 900 deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022;61:144–
46 901 58.

- 1
2
3 902 50. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How
4 we design feasibility studies. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):452–7.
5 903
6
7 904 51. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research:
8 conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm*
9 905 *Policy Ment Health.* 2011;38(2):65–76.
10 906
11
12 907 52. Rauen CC. Implementação do programa da OMS de treinamento de habilidades
13 para pais e cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista ou outros
14 908 transtornos e atraso do neurodesenvolvimento, no Brasil [dissertação]. Curitiba:
15 909 Universidade Federal do Paraná; 2020.
16 910 <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/72295>.
17 911
18 912 53. Moreira-Maia CR, Mattos P, Couto MF, Caye A, Rohde LA. The Brazilian policy
19 of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs.
20 913 *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(1):67–70. doi:10.1590/1516-4446-2014-1378.
21 914
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

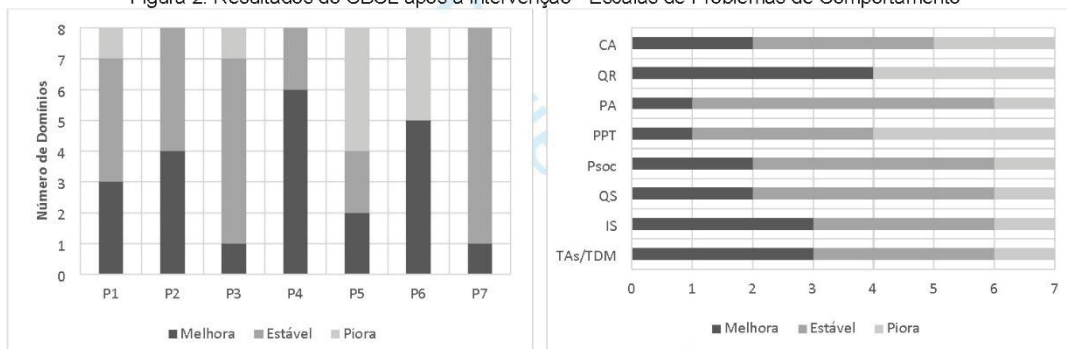
ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Resultados do CBCL após a intervenção - Escalas de Competência Social



P: participante

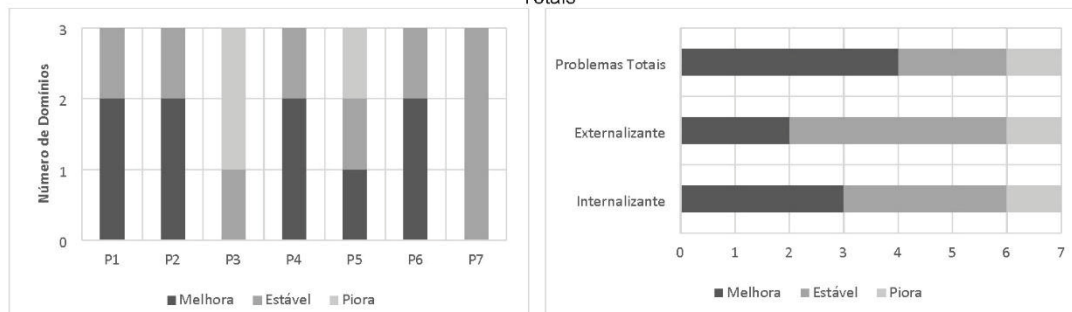
Figura 2. Resultados do CBCL após a intervenção - Escalas de Problemas de Comportamento



P: participante CA: Comportamento agressivo QR: quebrar-regras PA: Problemas de atenção PPT: Problemas de pensamento Psoc: Problemas sociais IS: Isolamento TAs/TDM: Problemas de ansiedade e/ou depressão

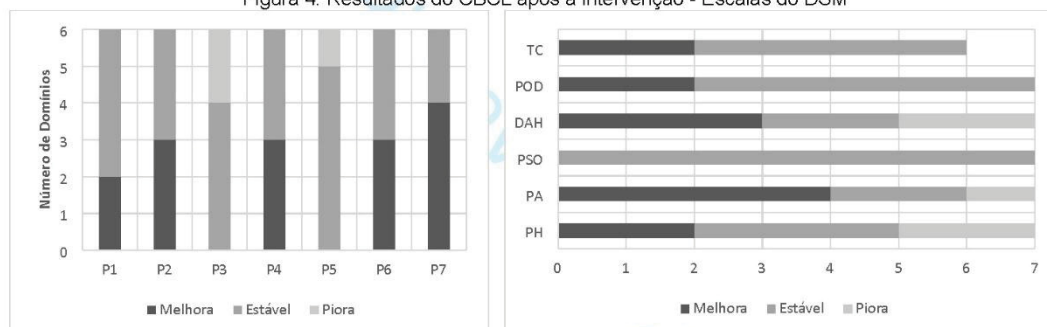
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Figura 3. Resultados do CBCL após a intervenção - Escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais



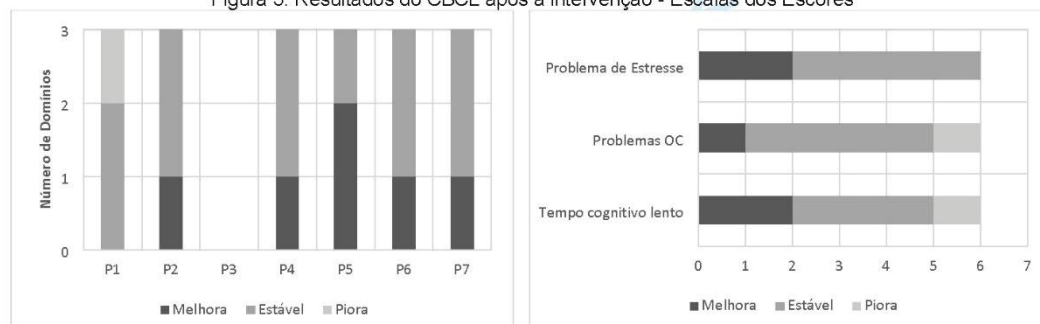
P: participante

Figura 4. Resultados do CBCL após a intervenção - Escalas do DSM



P: participante TC: Transtorno de conduta POD: Problemas Opositor-Desafiadores DAH: Déficit de atenção e hiperatividade PA: Problemas de ansiedade PH: Problemas de humor

Figura 5. Resultados do CBCL após a intervenção - Escalas dos Escores



P: participante OC: Obsessivo-compulsivo

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Figura 6. Resultados do CBCL após a intervenção

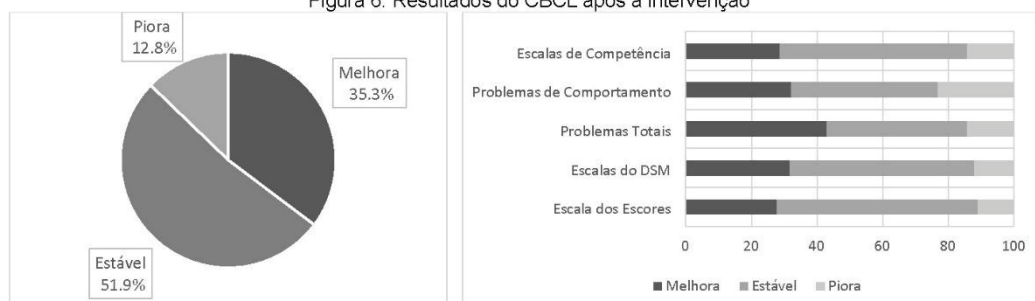
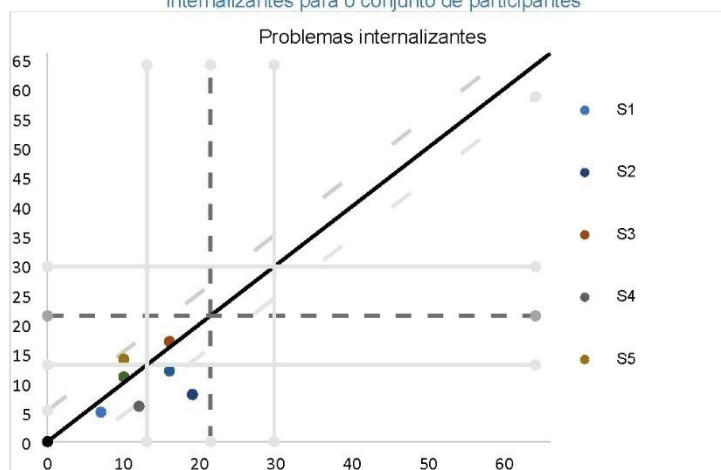
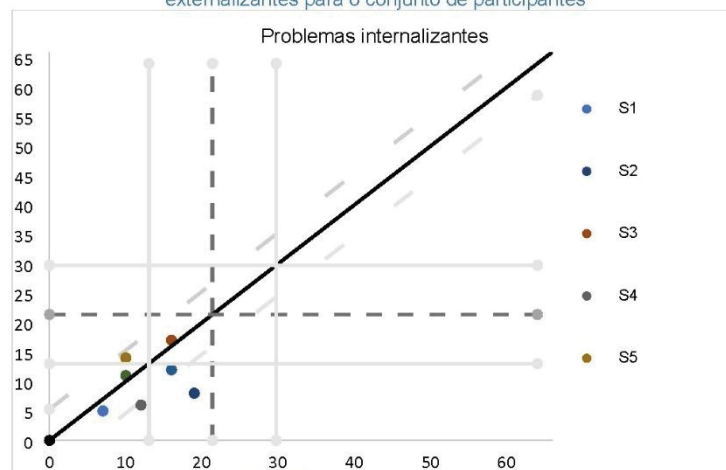


Figura 7. Confiabilidade da mudança e significância clínica no componente de problemas internalizantes para o conjunto de participantes



Nota. (a) no quadrante superior esquerdo indica que a amostra com comportamento disfuncional passou a apresentar comportamento funcional, (b) quadrante superior direito indica que uma amostra funcional manteve seu comportamento funcional, (c) quadrante inferior esquerdo indica que amostra com comportamento disfuncional se manteve com dificuldade e, (d) quadrante inferior direito indica amostra funcional que passou a apresentar comportamento disfuncional

Figura 8. Confiabilidade da mudança e significância clínica no componente de problemas externalizantes para o conjunto de participantes



Nota. (a) no quadrante superior esquerdo indica que a amostra com comportamento disfuncional passou a apresentar comportamento funcional, (b) quadrante superior direito indica que uma amostra funcional manteve seu comportamento funcional, (c) quadrante inferior esquerdo indica que amostra com comportamento disfuncional se manteve com dificuldade e, (d) quadrante inferior direito indica amostra funcional que passou a apresentar comportamento disfuncional

5 CONCLUSÕES

a) A avaliação do impacto da TACI-G-TDAH, por meio da aplicação do CBCL, evidenciou mudanças significativas no perfil comportamental das crianças participantes. Os resultados apontaram melhora clínica em 35,3% dos domínios avaliados, estabilidade em 51,9% e piora em apenas 12,8%, com destaque para os ganhos observados em problemas de conduta, comportamento de quebrar regras, ansiedade e desempenho acadêmico. Além disso, 17,5% dos domínios apresentaram deslocamento clínico em direção à faixa normativa, indicando não apenas redução de sintomas, mas também reclassificação funcional em termos diagnósticos. Esses achados demonstram que a TACI-G-TDAH produziu efeitos positivos consistentes sobre múltiplas dimensões do comportamento infantil, com impacto global sobre os sintomas externalizantes e internalizantes típicos do TDAH. O CBCL mostrou-se um instrumento sensível para captar tais mudanças, reforçando sua utilidade como medida de desfecho em intervenções psicoterapêuticas. Foram observadas melhorias estatisticamente significativas nos domínios de problemas externalizantes, problemas de atenção, comportamento de oposição/desafio e competências sociais. A análise de SC e IMC revelou que uma parcela expressiva das crianças apresentou mudanças reais, não atribuíveis ao erro de medida, indicando efetividade clínica da intervenção. Apesar da baixa adesão, os resultados foram promissores mesmo em um cenário de saúde pública, tradicionalmente menos controlado que ambientes clínicos experimentais.

b) A análise dos dados obtidos por meio do CBCL permitiu traçar um perfil comportamental consistente com os padrões típicos do TDAH, conforme a percepção dos pais antes do início da intervenção. Os escores mais elevados foram observados nas subescalas de déficit de atenção/hiperatividade, problemas de conduta, comportamento agressivo e problemas de estresse, indicando um quadro clínico marcado por sintomas externalizantes e altos níveis de desregulação emocional. Adicionalmente, foram identificadas dificuldades significativas no domínio das competências sociais, com desempenho reduzido em áreas como interação social, envolvimento em atividades e rendimento escolar, conforme relatado pelos responsáveis. Esses achados refletem prejuízos importantes no funcionamento adaptativo e reforçam a literatura que aponta para a sobreposição entre sintomas nucleares do TDAH e déficits nas habilidades interpessoais e emocionais.

c) A avaliação da viabilidade de implementação da TACI-G-TDAH no contexto de um serviço público ambulatorial evidenciou resultados positivos em termos de adesão, aceitabilidade e aplicabilidade do protocolo. A taxa de participação foi elevada, com presença regular nas sessões por parte das crianças e envolvimento efetivo dos responsáveis, especialmente nos momentos de participação conjunta ao final de cada encontro. Tal adesão reforça a receptividade das famílias à proposta terapêutica e sugere boa aceitação do modelo em contextos de saúde pública. A intervenção foi conduzida com recursos limitados, em ambiente ambulatorial do SUS, demonstrando que sua aplicação não demanda infraestrutura complexa ou equipe numerosa. A estrutura sistematizada, composta por 12 sessões semanais com atividades lúdicas e componentes psicoeducacionais, mostrou-se compatível com a rotina dos serviços públicos e com a realidade socioeconômica das famílias atendidas. Dessa forma, conclui-se que a TACI-G-TDAH é uma intervenção viável e aplicável no SUS, alinhada às diretrizes de atenção psicossocial infantojuvenil e potencialmente escalável para outros serviços. Sua adoção pode ampliar o acesso a práticas baseadas em evidências para crianças com TDAH, especialmente em regiões com recursos terapêuticos limitados.

d) O presente estudo cumpriu o objetivo de sistematizar e descrever detalhadamente o protocolo da TACI-G-TDAH, consolidando uma proposta estruturada de intervenção psicoterapêutica voltada ao manejo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças em idade escolar. O protocolo foi organizado em 12 sessões semanais, com duração de 90 minutos, integrando práticas de *mindfulness*, treino de habilidades executivas, estratégias de regulação emocional, resolução de problemas interpessoais e envolvimento parental. A padronização das etapas, conteúdos e objetivos de cada sessão, aliada à clareza dos critérios de inclusão, exclusão e condução do grupo, garante a replicabilidade da intervenção em diferentes contextos clínicos e educacionais. A estrutura flexível, porém, guiada por princípios da Análise do Comportamento Aplicada, torna o protocolo adaptável a múltiplas realidades institucionais, sem perda de rigor técnico ou coerência metodológica. Assim, conclui-se que a TACI-G-TDAH configura-se como uma prática com potencial de disseminação como intervenção baseada em evidências para o TDAH, especialmente em serviços públicos e escolas que buscam alternativas viáveis, eficazes e de baixo custo para o cuidado em saúde mental infantojuvenil. [A](#)

TACI-G-TDAH demonstrou ser uma estratégia terapêutica viável e eficaz no contexto do SUS, com impacto estatístico e clínico positivo em múltiplos domínios comportamentais. A aplicação dessa intervenção em unidades básicas de saúde, com as adaptações necessárias, pode ampliar o acesso e os benefícios terapêuticos para populações subatendidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento precoce do TDAH pode gerar impactos significativos na vida das crianças, adolescentes e de suas famílias. Apesar disso, nos países de média e baixa renda, esses transtornos ainda são subdiagnosticados ou identificados tardiamente, e o acesso aos tratamentos é limitado. Diante deste cenário, programas de intervenção como o TACI-G-TDAH, representam uma oportunidade para alterar positivamente o curso da vida dessa população. Em razão das altas taxas de fracasso escolar associadas ao TDAH, a escola se configura como um ambiente estratégico para a implementação de programas de intervenção como o TACI-G-TDAH. Considerando as características da intervenção do estudo — uma técnica de fácil aplicação breve e de baixo custo —, a disseminação de seu conteúdo entre profissionais de diferentes áreas que atuam com essa população pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento e para trajetórias não adversas ao longo do desenvolvimento.

Além de considerar as particularidades do TDAH na infância e adolescência, é fundamental que os profissionais de saúde sejam devidamente capacitados para o atendimento de crianças e adolescentes com patologia dual, ou seja, que apresentam simultaneamente transtorno mental e TDAH. Essa capacitação se justifica pela alta prevalência dessa condição e pelo impacto negativo que a ausência de um tratamento adequado pode ter. Dado que o TDAH possui uma etiologia multifatorial, seu manejo continua sendo um desafio para o SUS, exigindo a implementação de estratégias abrangentes que contemplem não apenas o tratamento dos sintomas do transtorno, mas também fatores emocionais, motivacionais, psiquiátricos, familiares e sociais, essenciais para um cuidado efetivo e duradouro.

Embora o estudo tenha contado com uma amostra reduzida de apenas sete participantes, essa limitação é compatível com o caráter preliminar e exploratório da pesquisa, voltada à avaliação de viabilidade, aplicabilidade e efeitos iniciais da TACI-G-TDAH em contexto real de serviço público. A escolha por uma amostra pequena visou garantir maior controle clínico e segurança na implementação do protocolo em sua fase inicial, permitindo ajustes metodológicos e avaliação qualitativa aprofundada.

Os resultados obtidos não podem ser generalizados para toda a população de crianças com TDAH, mas oferecem evidências iniciais relevantes sobre o potencial terapêutico da intervenção, sua receptividade pelas famílias e a viabilidade de sua execução no SUS. Além disso, a consistência dos padrões de melhora observados

em múltiplas escalas do CBCL reforça a plausibilidade clínica dos efeitos, ainda que futuros estudos com amostras maiores, grupos controle e delineamentos randomizados sejam necessários para consolidar a eficácia do protocolo.

Portanto, o número reduzido de participantes deve ser interpretado como uma etapa inicial de um processo mais amplo de validação, e não como uma limitação que comprometa a proposta em si. A TACI-G-TDAH mostra-se promissora, mas demanda replicação em estudos com maior poder estatístico e seguimento longitudinal para comprovação robusta de seus efeitos.

REFERÊNCIAS

- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington (VT): University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
- Achenbach TM. CBCL: Inventario de conducta de niños (child behavior checklist). España: Dwarf; 2011.
- Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
- Adeyemo BO, Biederman J, Zald D, Uchida M, Spencer TJ, Uchida S, et al. Mild traumatic brain injury and ADHD: a systematic review of the literature and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2014;18:576–84.
- Aduen PA, Kofler MJ, Cox DJ, Sarver DE. Social problems in ADHD: is it a skills acquisition or performance problem? *J Psychopathol Behav Assess*. 2018;40(3):440–51. doi:10.1007/s10862-018-9649-7.
- Allothman AA, Gadelrab HF, Ebrahim MT, Abo-Eid NF. Examining the effectiveness of a social-play-based programme to reduce symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in Saudi elementary school children. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2024;85:102740. doi:10.1016/j.jbtep.2024.102740.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
- Angold A, Costello J, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40:57–87.
- Archanjo AM, Schraiber LB. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(2):351–63.
- Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116407. doi:10.1371/journal.pone.0116407.

Arrondo G, Ruiz-Iriondo M, Pascual-Sedano B, et al. Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: an umbrella review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;137:104662.

Asarnow RF, Newman N, Weiss RE, Su E. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder diagnoses with pediatric traumatic brain injury: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175:1009–16.

Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: an umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord.* 2023 Oct 15;339:860–6. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071.

Baer DM. Laboratory control of thumbsucking by withdrawal and re-presentation of reinforcement. *J Exp Anal Behav.* 1962;5(3):525–8. doi:10.1901/jeab.1962.5-525.

Baer DM, Wolf MM, Risley TR. Some current dimensions of applied behavior analysis. *J Appl Behav Anal.* 1968;1(1):91–97. doi:10.1901/jaba.1968.1-91.

Baer DM, Wolf MM, Risley TR. Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *J Appl Behav Anal.* 1987;20(4):313–27. doi:10.1901/jaba.1987.20-313.

Bandura A, Ross D, Ross SA. Vicarious reinforcement and imitative learning. *J Abnorm Soc Psychol.* 1963;67(6):601–607. doi:10.1037/h0045550.

Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, Froehlich TE, Liu YH, O'Malley E, et al. Society for Developmental and Behavioral Pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2020;41:S35–S57.

Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28:274–87.

Barkley R. *12 Principles for Raising a Child with ADHD.* New York: Guilford Press; 2021.

Barkley R. *Tratando TDAH em Crianças e Adolescentes: O que Todo Clínico Deve Saber.* Porto Alegre: Artmed; 2024.

Bauermeister J, Barkley R, Garcia P, Martinez JV, Cumba E. Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:67–71.

Behavior Analyst Certification Board. About the BACB [Internet]. Littleton (CO): BACB; [cited 2025 May 19]. Available from: <https://www.bacb.com/about-us/>.

Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry.* 1991;148:564–77.

Biederman J, Monuteaux MC, Kendrick E, Klein KL, Faraone SV. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in pediatric patients with ADHD. *Arch Dis Child.* 2005;90(10):1010–5. doi:10.1136/adc.2004.056937.

Bikic A, Reichow B, McCauley SA, Ibrahim K, Sukhodolsky DG. Meta-analysis of organizational skills interventions for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Psychol Rev.* 2017;52:108–23.

Bodaghi M, Shaterian F, Rahiminejad M, Ghasemi E. The effectiveness of floor time play therapy on emotion management, self-control, and executive functions in students with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Res Behav Sci.* 2021.

Braga D, Varella A, Miranda RL. Terapia analítico-comportamental infantil: uma revisão narrativa da coleção “Sobre comportamento e cognição”. In: Kirchner LF, Cardoso de Souza P, Ferreira Kanamota P, orgs. *Diálogos em Análise do Comportamento – Volume II*. Aracaju: Instituto Walden4; 2021. p 106-23.

Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2009;12(5):434–41. doi:10.1177/1087054708314596.

Brasil. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 jul 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 19 Set 1990. Essa lei institucionaliza o SUS, enfatizando a saúde como um direito universal e uma política pública integral.

Brasil. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 6 abr 2001.

Braswell L, Blomquist ML. *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family, and school interventions*. New York: Guilford Press; 1991.

Brikell I, Kuja-Halkola R, Larsson H. Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2015;168:406–13.

Burt SA. Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychol Bull*. 2009;135:608–37.

Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr*. 2020 Feb;9(Suppl. 1):S104–13. doi:10.21037/tp.2019.09.08.

Chacko A, Merrill BM, Kofler MJ, et al. Improving the efficacy and effectiveness of evidence-based psychosocial interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Transl Psychiatry*. 2024;14:244. doi:10.1038/s41398-024-02890-3.

Chang LY, Wang MY, Tsai PS. Diagnostic accuracy of rating scales for attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137:e20152749.

Chen WJ, Faraone SV, Biederman J, Tsuang MT. Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: a receiver-operating characteristic analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(5):1017–25. doi:10.1037/0022-006X.62.5.1017.

Chen YL. Implementation of a peer-mediated intervention to teach behavioral expectations for two students on autism spectrum and a student with ADHD in an inclusive elementary classroom in Taiwan. *J Autism Dev Disord*. 2024;54:852–70. doi:10.1007/s10803-022-05873-9.

Coelho VAA, Leme VBR, Soares AB. Intervenções em grupo com crianças e adolescentes em contexto escolar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Esc Educ*. 2017;21(1):115–23. doi:10.1590/2175-3539/2017/0211895.

Coghill D, Banaschewski T, Zuddas A, et al. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Aug;32(8):1337–61. doi:10.1007/s00787-021-01871-x.

Coker TR, Elliott MN, Toomey SL, et al. Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 2016;138:e20160407.

Cole PM, Zahn-Waxler C, Fox NA, Usher BA, Welsh JD. Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *J Abnorm Psychol*. 1996;105(4):518–29.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. Brasília: CFP; 2019.

Cooper JO, Heron TE, Heward WL. *Applied Behavior Analysis*. 3rd ed. Hoboken (NJ): Pearson; 2019.

Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. Empathy in the play of children with attention deficit hyperactivity disorder. *OTJR (Thorofare N J)*. 2010;30(3):122–32.

Cortese S, Coghill D, Asherson P, et al. WHO Model Lists of Essential Medicines: methylphenidate for ADHD in children and adolescents. *Lancet Psychiatry*. 2023;10(10):743–4.

Correia CS, Warketin AGG, Dória DSR, Dória GMS, Rocha GVM. Psicoterapia analítico-comportamental infantil em grupo para crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah): um estudo piloto. *Anais do XXX Encontro Anual da ABPMC*, 2021.

Crouzet L, Gramond A, Suehs C, Fabbro-Peray P, Abbar M, Lopez-Castroman J. Third-generation cognitive behavioral therapy versus treatment-as-usual for attention deficit and hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):83. doi:10.1186/s13063-021-05983-2.

Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 2015;385:2190–6.

Del Prette ZAP. *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo de crianças com TDAH [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011 [cited 2025 Mar

2]. Available from: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-28042011-153159/publico/delprette_do.pdf

Delitti M, Derdyk P, organizadoras. *Terapia analítico-comportamental em grupo*. 2ª ed. Londrina: Mecenaz; 2020. 208 p.

Deloitte Access Economics. *The social and economic costs of ADHD in Australia*. Melbourne: Australian ADHD Professionals Association; 2019.

Demontis D, Walters RK, Martin J, et al. Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nat Genet*. 2023;55:198–208.

Derdyk P, Sztamfater S. Título do capítulo. In: Delitti M, Derdyk P, organizadoras. *Terapia analítico-comportamental em grupo*. 2ª ed. Londrina: Mecenaz; 2020. p. xx–yy.

DuPaul GJ, Eckert TL. The effects of school-based interventions for attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Sch Psychol Rev*. 1997;26:5–27.

DuPaul GJ. Attention deficit-hyperactivity disorder: classroom intervention strategies. *Sch Psychol Int*. 1991;12:85–94.

Dvorsky MR, Langberg JM. A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2016;19:368–91.

Engleman T. The effectiveness of applied behavioral analysis on individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder [dissertation]. Youngstown (OH): Youngstown State University; 2024.

Evans SW, Allen J, Moore S, Strauss V. Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33:695–706.

Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43:527–51.

Evans SW, Owens JS, Wymbs BT, Ray AR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47:157–98.

Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(2):129–40. doi:10.1016/j.cpr.2008.11.001.

Fabiano GA, Schatz NK, Pelham WE Jr. Summer treatment programs for youth with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23(4):757–73. doi:10.1016/j.chc.2014.05.012.

Faraone SV, Antshel KM. Towards an evidence-based taxonomy of nonpharmacologic treatments for ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:965–72.

Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;128. doi:10.1016.

Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2024;10(11). doi:10.1038/s41572-024-00495-0.

Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.* 2006;36:159–65.

Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry.* 2018;24:562–75.

Fatori D, Evans-Lacko S, Bordin IA, Paula CS. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Cien Saude Colet.* 2018;23(9):3013–20.

Figueiredo JP, et al., Motta FM. *Formação de facilitadores de educação permanente em saúde.* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2014.

Fox A, Dishman S, Valicek M, Ratcliff K, Hilton C. Effectiveness of social skills interventions incorporating peer interactions for children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2020;74(2):1–19. doi:10.5014/ajot.2020.040212.

Gadelha Y, Menezes I. Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental. *Universitas: Ciênc Saúde.* 2008;2(1). doi:10.5102/ucs.v2i1.523.

Gallagher R, Abikoff HB, Spira EG. Organizational skills training for children with ADHD: an empirically supported treatment. New York: Guilford Press; 2014.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9:137–50.

Gidziela A, Maes HH, Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, et al. A meta-analysis of genetic effects associated with neurodevelopmental disorders and co-occurring conditions. *Nat Hum Behav*. 2023;7:642–56.

Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*. 1998;279(14):1100–7. doi:10.1001/jama.279.14.1100.

Grauvogel-MacAleese AN, Wallace MD. Use of peer-mediated intervention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Appl Behav Anal*. 2010;43(3):547–51. doi:10.1901/jaba.2010.43-547.

Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;46:106–123. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.011.

Grevet EH, Victor MM, Bau CHD, et al. The course of attention-deficit/hyperactivity disorder through midlife. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;274:59–70.

Groenman AP, Hornstra R, Hoekstra PJ, et al. An individual participant data meta-analysis: behavioral treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022;61:144–58.

Harrison JR, Soares DA, Rudzinski S, Johnson R. Attention deficit hyperactivity disorders and classroom-based interventions: evidence-based status, effectiveness, and moderators of effects in single-case design research. *Rev Educ Res*. 2019;89:569–611.

Hartman CA, Geurts HM, Franke B, et al. Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity

disorder: a substantive and methodological overview. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023;151:105209.

Haugan AJ, Sund AM, Young S, Thomsen PH, Lydersen S, Nøvik TS. Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):375.

Haugan A-LJ, Sund AM, Thomsen PH, Lydersen S, Nøvik TS. Executive functions mediate the association between ADHD symptoms and anxiety in a clinical adolescent population. *Front Psychiatry.* 2022;13:834356. doi:10.3389/fpsyt.2022.834356.

Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological treatments for ADHD: a meta-analytic review. *J Atten Disord.* 2014;18:275–82.

Horn W, Ialongo N, Greenberg G, Packard T, Smith-Winberry C. Additive effects of behavioral parent training and self-control therapy with attention deficit hyperactivity disorder children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 1990;19:98–110.

Hornstra R, Groenman AP, Hoekstra PJ, et al. Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD?—A metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child Adolesc Ment Health.* 2023;28(2):258–68. doi:10.1111/camh.12561.

Instanes JT, Klungsoyr K, Halmoy A, Fasmer OB, Haavik J. Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. *J Atten Disord.* 2016;22:203–28.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022: população e domicílios.* Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

Ivanova MY, Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA, Almqvist F, Weintraub S, et al. Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007 Jul-Sep;36(3):405-17.

Kaduson H, Schaefer CE. *Play therapy with children: modalities for change.* Washington, DC: American Psychological Association; 2021.

- Kerbauy RR. Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas. *Psicol. cienc. prof.* 1983;3(2):... (estimativa 1980 conforme citação de 1982-1983).
- Kim DH, Yoo IY. Relationship between attention deficit hyperactive disorder symptoms and perceived parenting practices of school-age children. *J Clin Nurs.* 2013;22:1133–9.
- Kittel-Schneider S, Neufang S, Flechtner HH, et al. Non-mental diseases associated with ADHD across the lifespan: Fidgety Philipp and Pippi Longstocking at risk of multimorbidity? *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;132:1157–80.
- Kohlenberg RJ, Bolling MY, Kanter JW, Parker CR, Tsai M. Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(3):213–29. doi:10.1016/S1077-7229(02)80051-7.
- Kohlenberg RJ, Tsai M. *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships.* New York: Plenum; 1991.
- Krisanaprakornkit T, Ngamjarus C, Witoonchart C, Piyavhatkul N. Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. doi:10.1002/14651858.CD006507.pub2.
- Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(8):896–902. doi:10.1001/archpsyc.62.8.896.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Ottawa: Government of Canada; 1974.
- Landau S, Moore LA. Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Sch Psychol Rev.* 1991;20(2):235–51.
- Landis TD, Garcia AM, Hart KC, Graziano PA. Differentiating symptoms of ADHD in preschoolers: the role of emotion regulation and executive function. *J Atten Disord.* 2021;25(9):1260–71. doi:10.1177/1087054719896858.
- Langberg JM, Epstein JN, Gario-Herrera E, Becker SP, Vaughn AJ, Altaye M. Materials organization, planning, and homework completion in middle-school

students with ADHD: impact on academic performance. *Sch Ment Health*. 2011;3:93–101.

Langberg JM, Molina BSG, Arnold LE, Epstein JN, Altaye M, Hinshaw SP, et al. Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40:519–31.

Leonardi J, Rubano D. Fundamentos empíricos da análise do comportamento aplicada para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Perspect Anál Comport*. 2012;3:1–19.

Lindsley OR, Skinner BF, Solomon HC. *Studies in behavior therapy*. Status Report I. Metropolitan State Hospital, Waltham, MA; 1953.

López-Bermúdez MA, Ferro-García R, Calvillo-Mazarro M, Valero-Aguay L. Importance of the therapeutic relationship: Efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with different problems. *Clínica y Salud*. 2021

Macedo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):222–30.

Machado CM, Almeida Filho AJ, Almeida RMM, et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicol Teor Prat*. 2014;16(2):53–62.

Maia CR, Stella SF, Mattos P, Polanczyk GV, Polanczyk CA, Rohde LA. The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(1):67–70.

Marees AT, de Moor MHM, McIntosh AM, et al. Genetic correlates of socio-economic status influence the pattern of shared heritability across mental health traits. *Nat Hum Behav*. 2021;5:1065–73.

Martel MM, Nigg JT. Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(11):1175–1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01629.x.

Mattos P, Moraes CEF, Sichieri R, Hay P, Faraone SV, Appolinario JC. Adult ADHD symptoms in a large metropolitan area from Brazil: prevalence and associations

with psychiatric comorbidity, bullying, sexual abuse, and quality of life. *J Atten Disord*. 2024 May;28(7):1082–91. doi:10.1177/10870547241229097.

Meltzer L. Promoting executive function in the classroom (what works for special-needs learners). New York: Guilford Press; 2010.

Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(1):124–30.

Meppelink R, Bruin E, Bögels S. Mindfulness training for childhood ADHD: a promising and innovative treatment. *ADHD Pract*. 2016;8:33–6.

Mikami AY. The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(2):181–98.

Millenson JR. Princípios de análise do comportamento. Brasília: Coordenada; 1975. (Obra original publicada em 1967).

Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073–86.

Moreira-Maia CR, Polanczyk GV, Kieling C, Rohde LA. The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37:67–70. doi:10.1590/1516-4446-2014-1378.

Mrug S, Hoza B, Gerdes AC, et al. Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: contributions to long-term outcomes. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(6):1013–26. doi:10.1007/s10802-012-9610-2.

Musser ED, Backs RW, Schmitt CF, Ablow JC, Measelle JR, Nigg JT. Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(6):841–52.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults (Clinical Guideline No. 72). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2019.

- Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathol.* 2005;17(3):785-806.
- Nikolas MA, Burt SA. Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol.* 2010;119:1–17.
- Normand S, Schneider BH, Lee MD, Maisonneuve MF, Chupetlovska-Anastasova A. Behaviors associated with negative affect in the friendships of children with ADHD: an exploratory study. *Psychiatry Res.* 2017;247:222–4.
- Normand S, Schneider BH, Lee MD, Maisonneuve MF, Chupetlovska-Anastasova A. Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: a longitudinal, observational study. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(7):1161–75.
- Pan American Health Organization. *Pan American Sanitary Bureau Annual Report 2021.* Washington (DC): PAHO; 2021.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007 Apr 14;369(9569):1302-13.
- Patterson GR, Whittier J, Wright MA. A behavior modification technique for the hyperactive child. *Behav Res Ther.* 1965;2:217–26.
- Patterson GR. Coercive family process. Eugene (OR): Castalia Publishing Company; 1982.
- Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):11–7.
- Paula CS, Lauridsen-Ribeiro E, Wissow L, Bordin IA, Evans-Lacko S. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Braz J Psychiatry.* 2015;37(2):178–9.
- Paula I, Duarte CS, Bordin IA. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da Região Metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(1):31–8.

Pauli-Pott U, Mann C, Becker K. Do cognitive interventions for preschoolers improve executive functions and reduce ADHD and externalizing symptoms? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30:1503–21. doi:10.1007/s00787-020-01627-z.

Pedersen SL, Martel MM, Waldman ID, et al. Real-world changes in adolescents' ADHD symptoms within the day and across school and non-school days. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48:1543–53.

Pelham WE Jr, Fabiano GA, Massetti GM. Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005;34(3):449–76. doi:10.1207/s15374424jccp3403_5.

Pelham WE Jr, Fabiano GA, Waxmonsky JG, et al. Treatment sequencing for childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;45:396–415.

Pelham WE Jr, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37:184–214.

Pelham WE Jr, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 1998;27:190–205.

Pfiffner LJ, Haack LM. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):731–46. doi:10.1016/j.chc.2014.05.014.

Pfiffner LJ, Haack LM. Nonpharmacological treatments for childhood ADHD and their combination with medication. In: Nathan PE, Gordon JM, editors. *A guide to treatments that work*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2014.

Pfiffner LJ, Mikami AY, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):1041–50. doi:10.1097/chi.0b013e318064675f.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. ADHD treatment in Latin America and the Caribbean. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(6):721–2.

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942–8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
- Polderman TJ, Benyamin B, de Leeuw CA, et al. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet*. 2015;47:702–9.
- Posner J, Polanczyk G, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020 Feb 8;395(10222):450–62.
- Raman SR, Marshall SW, Haynes K, Gaynes BN, Naftel AJ, Stürmer T. Stimulant treatment and injury among children with attention deficit hyperactivity disorder: an application of the self-controlled case series study design. *Inj Prev*. 2013;19:164–70.
- Rasera EF, Godoy Rocha RM. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicol Estud (Maringá)*. 2010;15(1):35–44.
- Reid R, Trout AL, Schartz M. Self-regulation interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Except Child*. 2005;71(4):17–361.
- Riise EN, Wergeland GJH, Njardvik U, Öst LG, Hannesdottir DK. Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2021;83:101954. doi:10.1016/j.cpr.2020.101954.
- Rocha LC, Delgado P, Andrade AL. Treino em reconhecimento de emoções. Barueri (SP): Manole; 2021.
- Rocha MM, Rojas V, Graeff-Martins AS, Kieling C, Rohde LA. Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(4):329–38. doi:10.1017/S2045796012000637.
- Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martellet L, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):716–22. doi:10.1097/00004583-199906000-00019.
- Rohde LA, Buitelaar JK, Gerlach M, Faraone SV. Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Ronald A, de Bode N, Polderman TJC. Systematic review: how the attention-deficit/hyperactivity disorder polygenic risk score adds to our understanding of ADHD and associated traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60:1234–77.

Ros R, Graziano PA. Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(2):213–35. doi:10.1080/15374416.2016.1266644.

Rossi A, Linares I, Brandão L, organizadores. *Terapia analítico comportamental infantil*. São Paulo: Paradigma; 2020.

Rucklidge JJ. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(2):357–73.

Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*. 2005 Jul;43(7):831–42. doi:10.1016/j.brat.2004.07.001.

Salari N, Darvishi N, Bartina Y, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.

Sangioni LA, Patias ND, Pfitscher MA. Psicologia e o Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. *Revista da SPAGESP*. 2020;21(2):23–40.

Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175–8.

Scaramuzza LFC. *A terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2016. 154 f.

Schmengler H, Oldehinkel AJ, Ormel J, et al. Educational level, attention problems, and externalizing behaviour in adolescence and early adulthood: the role of social causation and health-related selection—the TRAILS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;32:809–24.

Sertori P, Serafim A, Rocca C. Estimulação da atenção de crianças e adolescentes. Barueri (SP): Manole; 2020.

Shi Y, Yip T, Wang Y, et al. Racial disparities in diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in a US national birth cohort. *JAMA Netw Open*. 2021;4:e210321.

Shrestha M, Lautenschläger J, Soares N. Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a review. *Transl Pediatr*. 2020;9(Suppl 1):S114–24.

Sibley MH, Kuriyan AB, Marhefka SL, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7:415–28.

Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(12):1157–1165. doi:10.1016/S2215-0366(16)30311-9.

Silk TJ, Vance A, Rinehart N, Bradshaw JL, Cunnington R. Developmental brain trajectories in children with ADHD and controls: a longitudinal neuroimaging study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:59. doi:10.1186/s12888-016-0770-4.

Siviy SM. A brain motivated to play: insights into the neurobiology of playfulness. *Behaviour*. 2016;153(6–7):819–44. doi:10.1163/1568539X-00003349.

Skinner BF. Sobre o behaviorismo. São Paulo: Cultrix; 2011.

Slobodin O, Masalha R. Challenges in ADHD care for ethnic minority children: a review of the current literature. *Transcult Psychiatry*. 2020;57:468–83.

Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2021;27:281–95.

Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013;170:275–89.

Souza I, Serra-Pinheiro MA, Coutinho G, Ponde MP, Muszkat M, Mattos P. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(4):243–8.

Spencer NJ, Blackburn CM, Read J. Social gradients in ADHD by household income and maternal education exposure during early childhood: findings from birth cohort studies across six countries. *PLoS One*. 2022;17:e0264709.

Sprich SE, Safren SA, Finkelstein D, Remmert JE, Hammerness P. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Nov;57(11):1218–26. doi:10.1111/jcpp.12549.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.

Storebø OJ, Elmoose Andersen M, Damm D, Thomsen PH, Simonsen E, Gluud C. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(6):CD008223. doi:10.1002/14651858.CD008223.pub3.

Storebø OJ, Skoog M, Damm D, Thomsen PH, Simonsen E, Gluud C. Social skills training for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD008223. doi:10.1002/14651858.CD008223.pub2.

Sun S, Kuja-Halkola R, D'Onofrio BM, et al. Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:1141–9.

Swank JM, Smith-Adcock S. On-task behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder: examining treatment effectiveness of play therapy interventions. *Int J Play Ther*. 2018;27(4):187–97.

Thienemann ML. Group psychotherapy. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3343–51.

Thiengo DL, Cavalcante MP, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(4). doi:10.1590/0047-2085000000046.

Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry.* 2004;9(5):303–6. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.05.004.

Tintori F, Bast DF, Pitta MR. Jogo na terapia comportamental em grupo de crianças com TDAH. *Acta Comport.* 2011;19(2):225–39. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452011000200006

Tiveron JDP, Lorenzi CG. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família. *Psico (Porto Alegre).* 2013;44(3):391–401.

Tourjman V, Schmitz N, Korczak DJ, et al. Psychosocial interventions for attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis by the CADDRA guidelines work group. *Brain Sci.* 2022;12:1023.

Türk S, Korfmacher AK, Gerger H, van der Oord S, Christiansen H. Interventions for ADHD in childhood and adolescence: a systematic umbrella review and meta-meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2023;102:102271.

United Nations General Assembly. *Convention on the Rights of the Child.* 20 Nov 1989. *United Nations Treaty Series.* Vol 1577:3. Entry into force 2 Sep 1990.

Van der Kolk A, Stein D, Dekker S, et al. A systematic review of literatures on factors associated with educational and academic performance in attention deficit hyperactivity disorder. *Creat Educ.* 2015;6:164–80.

van der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(5):783–800.

Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):183–93.

Vekety B, Logemann HA, Takacs ZK. The effect of mindfulness-based interventions on inattentive and hyperactive–impulsive behavior in childhood: a

meta-analysis. *Int J Behav Dev.* 2021;45(2):133–45. doi:10.1177/0165025420958192.

Ventura Couto MC, Duarte CS, Godinho Delgado PG. Child mental health and public health in Brazil: current situation and perspectives. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):360–6.

Vidal R. Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH. *Acción Psicológica* [Internet]. 2015.

Vinogradov S, Yalom ID. Manual de psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Wang S, Cui Y, Parrila R. Research in autism spectrum disorders examining the effectiveness of peer-mediated and video-modeling social skills interventions for children with autism spectrum disorders: a meta-analysis in single-case research using HLM. *Res Autism Spectr Disord.* 2011;5(1):562–569.

Waschbusch DA, King S, Gregus A. Age of onset of ADHD in a sample of elementary school students. *J Psychopathol Behav Assess.* 2007;29(1):9–16.

Waschbusch DA, Pelham WE Jr, Gnagy EM, Greiner AR, Fabiano GA. Summer treatment programs for children with ADHD. In: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, Controversies, New Directions*. Taylor & Francis; 2007. p. 199–209. doi:10.3109/9781420017144-22.

Weiss B, Weisz JR. Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):317–20. doi:10.1037/0022-006X.63.2.317.

Whalen CK, Henker B. The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clin Psychol Rev.* 1985;5(4):?

Wilkes S, Cordier R, Bundy A, Docking K. A play-based intervention for children with ADHD: a pilot study. *Aust Occup Ther J.* 2011;58(4):231–40. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00928.x.

Wilkes-Gillan S, Bundy A, Cordier R, Lincoln M, Miller K. A pairwise randomized controlled trial of a peer-mediated play-based intervention to improve the social play skills of children with ADHD: outcomes of the typically-developing playmates. *PLoS One.* 2022;17(10):e0276444. doi:10.1371/journal.pone.0276444.

Willis D, Sichelof ER, Morse M, Neger E, Flory K. Stand-alone social skills training for youth with ADHD: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019;22(3):348–66. doi:10.1007/s10567-019-00291-3.

Wolf MM, Risley TR, Mess BH. Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behav Res Ther*. 1964;1(4):305–12. doi:10.1016/0005-7967(63)90045-7.

Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2020;145(3):e20192528.

Wong ICK, Konrad K, Banaschewski T, et al. Emerging challenges in pharmacotherapy research on attention-deficit hyperactivity disorder: outcome measures beyond symptom control and clinical trials. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):528–37.

Wootton RE, Guyatt AL, Stergiakouli E, et al. Decline in attention-deficit hyperactivity disorder traits over the life course in the general population: trajectories across five population birth cohorts spanning ages 3 to 45 years. *Int J Epidemiol*. 2022;51:919–30.

World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.

World Health Organization. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee on selection and use of essential medicines, 2023 (including the 23rd WHO Model List of Essential Medicines and the 9th WHO Model List of Essential Medicines for Children). Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Mar 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.01>

Yalom ID. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Young S, Fitzgerald M, Postma MJ. ADHD: Making the invisible visible. Expert White Paper on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): policy solutions

to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. *Expert White Paper* [Internet]. 2013.

Zhang B, Zhang Y, Zhong Q, et al. Effectiveness of peer-mediated intervention on social skills for children with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Transl Pediatr*. 2022;11(5):663–75. doi:10.21037/tp-22-110.

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA INICIAL

IDENTIFICAÇÃO
ID:
Data da entrevista:
Nome da criança:
Data de nascimento:
Respondente:
Relação do respondente com a criança:
Com quem a criança reside?
HISTÓRIA DE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE
Complicações na gestação / parto / pós parto?
Alguma alteração no desenvolvimento MOTOR?
Alguma alteração no desenvolvimento da linguagem?
Alguma alteração no desenvolvimento social?
Observou que teve algum atraso de aprendizagem?
Tem alguma dificuldade alimentar?
Tem alguma dificuldade com relação ao sono?
Diagnósticos e comorbidades?
Tem outros profissionais da saúde que acompanham a criança?
Faz uso de medicações regulares?
Você ou alguém da sua família tem histórico de transtorno mental / comportamental?
Já realizou avaliação neuropsicológica? Se sim, quando?
ESCOLARIDADE
Nome da escola:
Ano escolar:
Período que frequenta a escola (ex: integral/ manhã/ tarde):
Coordenadora e professora:
Telefone/ contato da escola:
Já repetiu de ano? Se sim, especificar.
A escola tem alguma queixa com relação à aprendizagem da criança?
A escola tem alguma queixa com relação ao comportamento da criança?

Tem rotina de estudos?
Realiza as lições sozinha(o)?
DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL
Como a criança interage com a família?
Como a criança interage com os pares?
Como a criança interage com a escola?
Como a criança reage à frustração?
Quais as responsabilidades da criança atualmente?
O que ele(a) mais gosta de fazer para se divertir?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, o professor Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, pesquisador da Universidade Federal do Paraná e colaboradoras psicólogas Daniele Ribeiro dos Santos Dória, Ana Gabriele Gomes Warkentin e Carolina dos Santos Correia e Camila Cardoso Rauen, estamos convidando cuidadores de crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com comorbidade de transtornos disruptivos, a participar de um estudo intitulado: Treinamento de pais e habilidades sociais para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comorbidades. Participando deste estudo você ajudará a entender melhor como ajudar crianças com transtorno do neurodesenvolvimento, promovendo a otimização do tratamento e ainda a qualidade de vida tanto do menor quanto de seu principal cuidador. O objetivo desta pesquisa é verificar se o programa de treinamento de pais e cuidadores de crianças com TDAH e comorbidades de transtornos disruptivos, pode otimizar o tratamento.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, deverá realizar uma avaliação psiquiátrica, prevista para ser feita em 1 encontro, e seu filho(a) irá realizar uma avaliação psicológica prevista para ocorrer em 3 encontros. Posteriormente deverão comparecer para o treinamento, em formato de grupos, semanalmente por 12 encontros. As sessões de treinamento ocorrerão com os cuidadores e com as crianças simultaneamente no mesmo local, entretanto em salas diferentes e profissionais diferentes. Além disso, faz parte do programa, realizar uma reavaliação para o acompanhamento imediatamente após a intervenção e 6 meses após o fim do programa, que serão realizadas em 1 encontro cada. Dessa forma, o programa totalizará em 18 encontros de aproximadamente 90 minutos cada. Nestas sessões serão realizadas análises das interações familiares e serão fornecidas orientações que visam desenvolver habilidades e diminuir os comportamentos disfuncionais. A cada encontro realizado de forma presencial, nós pesquisadoras iremos realizar o reembolso do seu transporte, no valor da passagem do transporte público, bem como, durante as sessões prevemos um momento de lanche.

No caso de ser identificado algum transtorno mental durante as avaliações do cuidador, o médico avaliador encaminhará o entrevistado, de acordo com a gravidade do quadro, para Unidade Básica de Saúde (de onde poderá ser encaminhado para ambulatórios de psiquiatria), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de

Pronto Atendimento ou Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal do Paraná - UFPR, sendo os tratamentos gratuitos. Os colaboradores da pesquisa irão acompanhar o cuidador no sentido de assegurar que estejam em devido tratamento. Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no Centro de Neuropediatria (CENEP) do Hospital de Clínicas na Rua Floriano Essenfelder, 81 no bairro Alto da Glória da cidade de Curitiba/PR, para realizar os procedimentos descritos acima, com previsão de 18 encontros com cerca de 90 minutos cada.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: riscos eventuais de constrangimento em função de entrevistas e questionários sobre desenvolvimento e características da família. As entrevistas são sigilosas e em nenhum momento serão divulgados dados específicos sobre o senhor (a) e seu familiar. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: efetividade do treinamento das crianças e pais no tratamento de TDAH e transtornos disruptivos e contribuir na qualidade de vida dos envolvidos. Além disso (o Senhor, a Senhora) e seu filho/familiar podem ser diretamente beneficiados(as) por sua participação neste estudo. Os benefícios esperados com essa pesquisa incluem conhecer estratégias que visam a qualidade de interação familiar, acesso a práticas educativas parentais que podem melhorar a relação entre pais e filhos e auxiliar no desenvolvimento tanto do menor quanto da família de uma forma geral. Para que estes benefícios possam ser observados e medidos é necessário que a criança não esteja recebendo nenhum outro tratamento na área de saúde mental (além do acompanhamento psiquiátrico do próprio ambulatório da pesquisa) durante o período do programa.

O pesquisador e colaboradoras, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo através dos emails: danielerdoria@gmail.com / psicogabrielewarkentin@hotmail.com / carol.scorreia@hotmail.com / camila.rauen@hc.ufpr.br ou pelo telefone 41.3264-9101 em horário comercial (das 8:00 às 17:00). Em emergências ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelos telefones: 41. 992310024 (*Daniele*), 41. 987863993 (*Ana*), 41. 997096151 (*Carolina Correia*), 41. 997938267 (*Camila Cardoso*). Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/HC/UFPR)

pelo telefone 41.3360-1041 das 08h00 às 14h00 de segunda a sexta-feira. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Os encontros serão gravados e transcritos para uma melhor análise das pesquisadoras, e serão utilizados apenas para supervisão e monitoramento do programa a fim de otimizar os resultados. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, pesquisador e colaboradores envolvidos na pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade e de seu familiar seja preservada e mantida a confidencialidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. O material obtido (transcrições, entrevistas, questionários, testes psicológicos) será utilizado unicamente para pesquisa científica e ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 6 anos. Após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ____/____/____.

APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Eu, o professor Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, pesquisador da Universidade Federal do Paraná e colaboradoras psicólogas Daniele Ribeiro dos Santos Doria, Ana Gabriele Gomes Warkentin, Carolina dos Santos Correia e Camila Cardoso Rauen convidamos você: _____ para participar do estudo chamado: Treinamento de pais e habilidades sociais para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comorbidades.

Por que estamos fazendo este estudo?

Porque queremos entender melhor como ajudar as crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), para melhorar o tratamento e a qualidade da vida da criança e de sua família.

O que significa assentimento?

Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança/adolescente) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e, se concordar em participar dele, você pode assinar este documento. Nós garantimos que terá todos os seus direitos respeitados e acesso a todas as informações sobre o estudo. Pode ser que este documento chamado “Termo de Assentimento Livre e Esclarecido” contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça a algum dos responsáveis pela pesquisa para explicar qualquer palavra que você não entenda.

Por que queremos fazer este estudo?

Você poderá sentir algum desconforto como vergonha em falar de sua vida ou em realizar atividades que possa achar difíceis, por exemplo. Caso isso aconteça, você pode conversar com qualquer um dos pesquisadores envolvidos nessa pesquisa que irão dar todo apoio que você precisar. Se você concordar em participar do estudo, será solicitada sua autorização para termos informações sobre seu prontuário e somente os pesquisadores deste estudo poderão ver. Nossos encontros serão gravados e transcritos para que possamos estudar e preparar os próximos encontros cada vez melhores. O material coletado (transcrições, entrevistas, questionários, testes psicológicos) será utilizado somente para esta pesquisa e ficarão guardados sob a responsabilidade dos pesquisadores com a garantia de segredo do seu nome e outros dados da sua vida e do seu familiar, e serão arquivados por um período de 6

anos. Após esse tempo serão destruídos. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade e de seu familiar seja preservada e mantida a confidencialidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

O que a pesquisa irá trazer de bom?

Iremos verificar se haverá melhora no tratamento das crianças depois que fizermos este treinamento com elas e com os responsáveis. Poderá melhorar na relação das crianças com seus familiares e amigos e também ajudar no desenvolvimento das crianças com TDAH.

Se você ou seu responsável tiverem dúvidas sobre o estudo, você deve conversar com os pesquisadores através dos emails: danielerdoria@gmail.com / psicogabrielewarkentin@hotmail.com / carol.correia@hotmail.com / camila.rauen@hc.ufpr.br. Ou pelos telefones: 41. 992310024 (Daniele) 41. 987863993 (Ana) 41. 997096151 (Carolina Correia), 41. 992349600 (Camila), ou também procurar no endereço: Rua Floriano Essenfelder, 81 no bairro Alto da Glória da cidade de Curitiba/PR.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode conversar com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo do Hospital de Clínicas (CEP/CHC) da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 41. 3360-1041.

Se você não se sentir confortável em participar, fique à vontade para interromper a qualquer momento e estará tudo bem.

Você entendeu?

Quer perguntar mais alguma coisa?

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e conversei com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar qualquer justificativa. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para a pesquisa que me foi explicada. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO e tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas

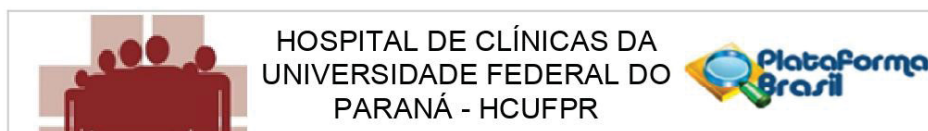
perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Assinatura da criança/adolescente

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE

Curitiba, ____/____/____.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Treinamento de Pais e Habilidades Sociais para Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e comorbidades.

Pesquisador: Gustavo Manoel Schier Dória

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28895220.7.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 23/02/2025

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.449.646

Apresentação da Notificação:

Trata-se do envio de relatório parcial para apresentação de resultados.

Objetivo da Notificação:

Trata-se do envio de relatório parcial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

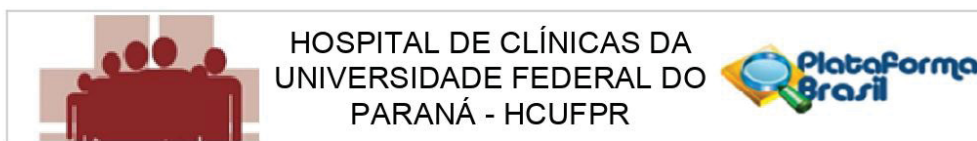
Data de Submissão no Comitê de Ética: 06/06/2021

Número de Casos Seleccionados, Incluídos: 10;

Excluídos: 03, devido a critérios de exclusão identificados;

Intercorrências: pesquisadores informam que não houve intercorrências;

Endereço: Rua Gal. Carneiro, nº181, Anexo G, 4º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 7.449.646

Alterações ao Projeto de Pesquisa: pesquisadores informam que não houve alterações;

Alteração de Pesquisadores: não houve;

Apresentação dos Resultados, parciais ou totais: pesquisadores informam que a coleta de dados, análise de dados, preparação e revisão do texto, bem como apresentação dos resultados encontram-se em andamento.

O orçamento previsto no planejamento do estudo, foi suficiente para o cumprimento: pesquisadores não mencionam informações sobre;

Alteração no Cronograma, diverso do previamente aprovado pelo CEP: pesquisadores não mencionam informações sobre;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadores apresentam os termos obrigatórios de maneira adequada, informando que o trabalho foi apresentado, na modalidade pôster no 26º Congresso Internacional da Associação de Psiquiatria da Criança e do Adolescente e profissões afins (IACAPAP), no dia 24 de maio de 2024. Apresentando também o certificado de apresentação deste trabalho.

Recomendações:

Reitera-se que, apesar da Lei no. 14.874/24 ter entrado em vigor na data de 27/08/2024, o decreto que regulamenta o assunto ainda não foi publicado. Portanto, solicita-se o comprometimento do pesquisador com as regras atualmente vigentes, qual seja a Resolução CNS nº 466, de 2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

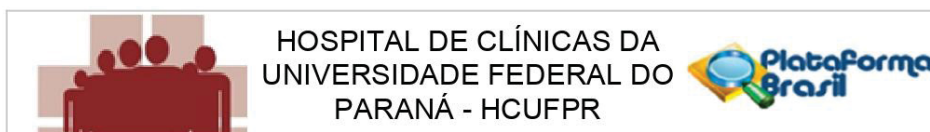
Notificação recebida e aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Notificação. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, nº181, Anexo G, 4º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 7.449.646

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	PROJETOVERSAOULTIMA.pdf	23/02/2025 12:32:26	Gustavo Manoel Schier Dória	Postado
Envio de Relatório Parcial	RelatorioParcial.pdf	23/02/2025 12:33:18	Gustavo Manoel Schier Dória	Postado
Envio de Relatório Parcial	declaracaocompromissoequipeassinado.pdf	23/02/2025 12:33:23	Gustavo Manoel Schier Dória	Postado
Envio de Relatório Parcial	IAACAPTRABALHO.pdf	23/02/2025 12:35:05	Gustavo Manoel Schier Dória	Postado
Envio de Relatório Parcial	RelatorioParcialword.docx	23/02/2025 12:37:57	Gustavo Manoel Schier Dória	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Março de 2025

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, nº181, Anexo G, 4º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS - VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18" (CBCL/6-18)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18" (CBCL/6-18)

Número de identificação: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____
 dia mês ano

NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE (completo):

SEXO: Masculino Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE : _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 dia mês ano

ESCOLARIDADE (série atual): _____

NÃO FREQUENTA ESCOLA:

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL mesmo que não estejam trabalhando no momento **Favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: mecânico de automóveis, professor de segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento de exército.

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: Masculino Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

Pai/Mãe biológico(a) Padrasto/Madrasta Avô/Avó

Pai/Mãe adotivo(a) Outro (especificar): _____

Favor preencher este questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

<p>I. Por favor cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc...</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um destes esportes?</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um destes esportes?</p>																								
	<p>Menos Igual Mais Não sei</p>	<p>Menos Igual Mais Não sei</p>																								
<p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

<p>II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, carrinho, ler, boneca, cantar, vídeo-game, etc... (Incluir brincadeiras em grupo) (Não incluir rádio e TV)</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma destas atividades?</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma destas atividades?</p>																								
	<p>Menos Igual Mais Não sei</p>	<p>Menos Igual Mais Não sei</p>																								
<p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

<p>III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.</p>	<p>Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um destes grupos?</p>												
	<p>Menos Igual Mais Não sei</p>												
<p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: Office boy, ajudante em feira, empacotador em supermercado, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.
(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento).

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma destas funções?

	Pior	Igual	Melhor	Não sei
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem?
(Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?
(Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho:

	Pior	Igual	Melhor	
a. Se dá com seus irmãos e irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
b. Se dá com outras crianças (ou adolescentes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem contato com os irmãos ou irmãs
c. Se comporta em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Brinca ou trabalha sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: Office boy, ajudante em feira, empacotador em supermercado, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.
(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento).

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma destas funções?

Pior	Igual	Melhor	Não sei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem?
(Não incluir irmãos e irmãs)
2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?
(Não incluir irmãos e irmãs)

<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 ou 3	<input type="checkbox"/> 4 ou mais
<input type="checkbox"/> Menos que 1	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou mais	

- VI. Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho:

- a. Se dá com seus irmãos e irmãs?
- b. Se dá com outras crianças
(ou adolescentes)?
- c. Se comporta em relação aos pais?
- d. Brinca ou trabalha sozinho?

Pior	Igual	Melhor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem contato com os irmãos ou irmãs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola?

Não Sim – Descreva-os:

Quando começaram estes problemas?

Estes problemas já se resolveram?

Não Sim – Quando?

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

Não Sim – Descreva:

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes. Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se tem MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

- | | |
|--|---|
| <p>0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade</p> | <p>0 1 2 10. É agitado, não para quieto</p> |
| <p>0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais</p> | <p>0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente</p> |
| <p>Descreva: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>0 1 2 12. Queixa-se de solidão</p> |
| <p>0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)</p> | <p>0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado</p> |
| <p>0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa</p> | <p>0 1 2 14. Chora muito</p> |
| <p>0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer</p> | <p>0 1 2 15. É cruel com os animais</p> |
| <p>0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/ penico</p> | <p>0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas</p> |
| <p>0 1 2 7. É convencido, conta vantagem</p> | <p>0 1 2 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios)</p> |
| <p>0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo</p> | <p>0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se</p> |
| <p>0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)</p> | <p>0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele</p> |
| <p>Descreva: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>0 1 2 20. Destrói as próprias coisas</p> |
| | <p>0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas</p> |
| | <p>0 1 2 22. É desobediente em casa</p> |
| | <p>0 1 2 23. É desobediente na escola</p> |
| | <p>0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito)</p> |
| | <p>0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou (adolescentes)</p> |

- 0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal

Descreva: _____

- 0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

- 0 1 2 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares

- 0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)

Descreva: _____

- 0 1 2 30. Tem medo da escola

Descreva: _____

- 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)

- 0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho

- 0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele

- 0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem

- 0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

- 0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes

- 0 1 2 37. Entra em muitas brigas

- 0 1 2 38. É alvo de gozações frequentemente

- 0 1 2 39. Anda em más companhias

- 0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem

Descreva: _____

- 0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar

- 0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

- 0 1 2 43. Mentira ou engana os outros

- 0 1 2 44. Rói unhas

- 0 1 2 45. É nervoso ou tenso

- 0 1 2 46. Tem "tique nervoso", cacoete

Descreva: _____

- 0 1 2 47. Tem pesadelos

- 0 1 2 48. As outras crianças (ou adolescentes) não gostam dele

- 0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso

- 0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais

- 0 1 2 51. Tem tonturas

- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado

- 0 1 2 53. Come exageradamente

- 0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo

- 0 1 2 55. Está gordo demais

56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):

- 0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)

- 0 1 2 b. Dores de cabeça

- 0 1 2 c. Náuseas, enjôos

- 0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)

Descreva: _____

- 0 1 2 e. Problemas de pele

- 0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga

- 0 1 2 g. Vômitos

- 0 1 2 h. Outras queixas

Descreva: _____

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo

Descreva: _____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas

0 1 2 61. Não vai bem na escola

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

0 1 2 63. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas

0 1 2 65. Recusa-se a falar

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

Descreva: _____

0 1 2 67. Foge de casa

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém

0 1 2 70. Vê coisas que não existem

Descreva: _____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas

0 1 2 73. Tem problemas sexuais

Descreva: _____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças (ou adolescentes)

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças (ou adolescentes) durante o dia e/ou à noite

Descreva: _____

0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade

0 1 2 79. Tem problemas de fala

Descreva: _____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"

0 1 2 81. Rouba em casa

0 1 2 82. Rouba fora de casa

0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.

Descreva: _____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho

Descreva: _____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas

Descreva: _____

0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente

0 1 2 89. É desconfiado

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões

0 1 2 91. Fala que vai se matar

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo

Descreva: _____

0 1 2 93. Fala demais

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros

0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva

0 1 2 96. Pensa demais em sexo

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa dedo

0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco

0 1 2 100. Tem problemas com o sono

Descreva: _____

0 1 2 101. Mata aula (cabula aula, gazea)

0 1 2 102. É pouco ativo, movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido

0 1 2 104. É barulhento demais

0 1 2 105. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)

Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo)

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.