

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós Graduação em Neurociências

Preditores neuropsicológicos de eficácia do Treinamento de Pais em grupo para crianças com transtornos externalizantes

Belo Horizonte

2013

BÁRBARA ROMANELI BRITTO CONDE

Preditores neuropsicológicos de eficácia do Treinamento de Pais em grupo para crianças com transtornos externalizantes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Área de concentração: Neurociências Clínicas

Orientador: Prof^o Dr^o Arthur Melo e Kummer

Co-Orientador: Prof^o Dr^o Leandro Fernandes Malloy-Diniz

Belo Horizonte

2013

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Arthur Kummer e Prof. Dr. Leandro Malloy-Diniz pela proposta e oportunidade de me inserir na pesquisa, pela confiança no meu trabalho, pelas sugestões, inúmeros aprendizados e principalmente pela oportunidade de realizar um trabalho interdisciplinar.

À Luciana Pimenta, meu braço direito neste trabalho, pela parceria desde o início, pelas discussões, aprendizado e apoio.

Aos Professores Maycoln Teodoro e Leonor Guerra por aceitarem o convite de fazer parte da banca examinadora. Em especial à Leonor Guerra pelo primeiro contato com as neurociências e pelo exemplo profissional.

Aos residentes de Psiquiatria Infantil e ao NÍTIDA pelo apoio ao nosso projeto.

À Lívia Chacon, Júlia Dias e Carolina Soraggi, equipe do Projeto Treinamento de Pais, muito obrigada pela organização, produtividade, parceria constante e dedicação.

Às amigas Laiss Bertola, Rafaela Ávila, Mayra Brancaglioni, Larissa Pacheco e Isabela Lima por estarem sempre presentes e disponíveis para ajudar. À Rafaela Ladeira e Mariana Possas pela apoio desde o início. À Fernanda Mata pela convivência, amizade e aprendizado na Psiquiatria Infantil.

A todos os integrantes do Lin-INCT-MM pelos conhecimentos compartilhados, contribuições e pela convivência sempre tão agradável.

Aos meus pais, por me incentivarem e por compartilharem a alegria de mais uma etapa vencida.

Ao André, por estar presente em todos os momentos, oferecendo o apoio necessário para concluir mais uma etapa.

A todos os pais e crianças que participaram do nosso projeto com os quais aprendemos muito.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa de estudos concedida nos dois anos de mestrado.

Enfim, a todos que participaram desta caminhada.

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) são transtornos externalizantes que provocam prejuízos no funcionamento social, acadêmico e familiar. Dentre os tratamentos mais eficazes para essas crianças encontram-se os Programas de Treinamento de Pais. Estes visam capacitar os pais a modificarem suas práticas disciplinares e educativas e a atuarem de modo efetivo sobre o padrão comportamental indesejado de seus filhos. **Objetivo:** Verificar a eficácia do Treinamento de Pais em grupo no tratamento de crianças com Transtornos Externalizantes em uma amostra de crianças provenientes do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HC-UFG e identificar possíveis fatores neuropsicológicos, clínicos e demográficos preditores da Eficácia do Treinamento de Pais. **Método:** Vinte e cinco pais de crianças de 6 a 10 anos com Transtornos Externalizantes participaram do Treinamento de Pais e preencheram as escalas antes (T1) e depois (T2) do tratamento. Vinte e um pais provenientes do mesmo ambulatório, que se encontravam na fila de espera para o tratamento, preencheram escalas comportamentais em dois tempos (T1, T2), com intervalo de três meses, correspondente à duração do tratamento. Foi utilizado o teste Wilcoxon (intra-grupos) para analisar a eficácia do tratamento. As crianças e os pais do grupo clínico passaram por avaliação neuropsicológica antes de iniciarem o tratamento. Foi utilizada a correlação de Spearman para verificar a relação entre as variáveis neuropsicológicas, clínicas e demográficas e a taxa de mudança. Foram realizadas regressões lineares com o objetivo de identificar os preditores de eficácia. **Resultados:** O grupo tratamento apresentou diferença significativa entre os escores em T1 (antes do tratamento) e T2 (depois do tratamento) ou seja, houve melhora significativa na intensidade de sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade, sintomas do TDO, comportamentos de desobediência e a severidade desta desobediência assim como nos comportamentos de violação de regras e comportamentos agressivos. O grupo lista de espera não apresentou diferença significativa entre os escores em T1 e T2. Uma maior taxa de melhora nos sintomas de desatenção das crianças foi previsto pela intensidade destes sintomas antes da intervenção e por dificuldades atencionais das crianças na tarefa neuropsicológica. Uma maior taxa de melhora nos sintomas de hiperatividade das crianças foi previsto por dificuldades atencionais das crianças na tarefa neuropsicológica. Uma maior taxa de melhora de sintomas de TDO nas crianças foi prevista pela intensidade desses sintomas e pela dificuldade dos pais na tarefa de flexibilidade cognitiva. **Conclusão:** A eficácia do tratamento nesta amostra foi comprovada. O pior desempenho dos pais e das crianças nas tarefas neuropsicológicas e uma maior intensidade de sintomas antes do Treinamento de Pais estão associados a uma maior taxa de melhora dos sintomas de desatenção, hiperatividade e TDO nas crianças.

Palavras chaves: Treinamento de pais, Treinamento de pais comportamental, TDAH, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos externalizantes, Preditores de eficácia.

Neuropsychological predictors of efficacy of Parent Training in group for children with externalizing disorders.

Parent Training, Behavior Parent Training, ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Externalizing Disorders, predictors of efficacy.

Introduction: The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder (ODD) are Externalizing Disorders that cause impairments in social, academic and family functioning. Among the most effective treatments for these children are the Parent Training programs. These are designed to enable parents to modify their disciplinary and education practices and enable them to act effectively on the undesired behaviors. **Objective:** Verify the effectiveness of the Group Parent Training in the treatment of children with Externalizing Disorders in a sample of children from the Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, HC-UFG and identify possible neuropsychological, clinical and demographic predictors of Parent Training effectiveness. **Method:** Twenty-five parents of children aged 6 to 10 years with Externalizing Disorders participated in the Parent Training and filled the scales before (T1) and after (T2) treatment. Twenty parents from the same clinic, who were on the waiting list for treatment, filled the behavioral scales in two times (T1, T2), with an interval of three months, corresponding to the duration of treatment. Wilcoxon test was used to analyze the effectiveness of treatment. Children and parents in the clinical group passed through neuropsychological assessment before starting treatment. Spearman correlation was used to investigate the relationship between rate of change and neuropsychological variables, clinical and demographic. Linear regression was used in order to identify predictors of efficacy. **Results:** The treatment group showed a significant difference between scores at T1 (before treatment) and T2 (after treatment), that is, a significant improvement in the intensity of symptoms of inattention, hyperactivity/impulsivity, ODD symptoms, behaviors of disobedience and its severity as well as the rule-breaking and aggressive behaviors. The waiting list group showed no significant difference between scores at T1 and T2. A higher rate of improvement in symptoms of inattention in children was predicted by the intensity of these symptoms before the intervention and attention difficulties of children in neuropsychological task. A higher rate of improvement in symptoms of hyperactivity in children was predicted by attentional difficulties of children in neuropsychological task. A higher rate of improvement in symptoms of ODD in children was predicted by the intensity of symptoms and difficulty of parents in cognitive flexibility task. **Conclusion:** The efficacy of treatment was confirmed in this sample. The worst performance of parents and children in neuropsychological tasks and a greater intensity of symptoms before Parents Training is associated with a higher rate of reduction in symptoms of inattention, hyperactivity and ODD in children.

Key-words: Parent Training, Behavior Parent Training, ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Externalizing Disorders, predictors of efficacy

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características demográficas do grupo tratamento e grupo fila de espera	35
Tabela 2 Mediana, média e desvio padrão nas escalas de linha de base do Grupo Tratamento e Grupo Fila de Espera	36
Tabela 3. Mediana, média e desvio padrão nas escalas de linha de base de auto-relato parental do Grupo Tratamento e Grupo Fila de Espera	36
Tabela 4.Frequência do uso de medicamento no grupo tratamento e grupo fila de espera	37
Tabela 5. Frequência dos subtipos do TDAH do grupo tratamento e das comorbidades por subtipo de TDAH e na amostra total	37
Tabela 6. Média e desvio padrão nas escalas de linha de base do Grupo Tratamento e Grupo desistente	38
Tabela 7. Média e desvio padrão nas escalas de linha de base de auto-relato parental do Grupo Tratamento e Grupo desistente	39
Tabela 8. Média e desvio padrão em T1 e T2 nos dois grupos nas escalas de linha de base e escalas finais.	42
Tabela 9. Média e desvio padrão da taxa de resposta	43
Tabela 10. Correlação entre taxa de mudança e desempenhos dos pais nos testes neuropsicológicos	44
Tabela 11. Correlação entre taxa de mudança e o auto-relato dos pais nas escalas	45
Tabela 12. Correlação entre taxa de mudança e desempenhos dos filhos nos testes neuropsicológicos	47
Tabela 13. Correlação entre a taxa de mudança e características clínicas e sociodemográficas	48
Tabela 14. Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas de desatenção.	49
Tabela 15. Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade.	50
Tabela 16 . Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas desafiadores e opositivos.	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma do delineamento do estudo.....	17
Figura 2 Fluxograma de encaminhamento e seleção de participantes.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCEB -Critério de Classificação Econômica

Brasil

DSM-IV- Manual estatístico de diagnóstico de Transtornos Mentais

GF- Grupo Fila de Espera

GT - Grupo Tratamento

IGT- Iowa Gambling Task

MTA- Multimodality Treatment Study

T1- Tempo 1

T2- Tempo 2

TC- Transtorno de Conduta

TDAH- Transtorno do Déficit de Atenção e

Hiperatividade

TDO- Transtorno Desafiador Opositivo

TP- Treinamento de Pais

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	3
2.1 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	3
2.2 Treinamento de Pais.....	4
2.3 Evidências de eficácia do Treinamento de Pais	5
2.4 Preditores de eficácia do Treinamento de Pais	7
3. Objetivos:	12
3.1 Objetivos específicos	13
4. Hipóteses	13
5. Métodos:	14
5.1 Participantes:.....	14
5.2 Delineamento do estudo.....	15
5.3 Intervenção.....	16
5.3.1 Passos resumidos trabalhados nas sessões:	17
5.4 Instrumentos:	22
5.4.1 Escalas utilizadas para avaliar o desfecho no comportamento e sintomas nas crianças dos transtornos externalizantes:	22
5.4.2 Possíveis fatores preditores de resposta ao tratamento:	23
5.4.3 Testes específicos da avaliação neuropsicológica infantil	26
5.4.4 Testes específicos da avaliação neuropsicológica dos pais.....	27
5.4.5 Escalas auto-relato de psicopatologia e comportamento dos pais.....	28
5.4.6 Avaliação Psiquiátrica.....	30
5.5 Procedimentos estatísticos	31
6. Resultados.....	33
6.2 Características sociodemográficas e clínicas dos grupos Tratamento e Grupo Fila de espera.....	33
6.3 Comparações das medidas de linha de base do grupo Tratamento e Grupo desistente ..	38
6.4 Eficácia do tratamento	40
6.5 Análise dos preditores de eficácia.....	43
6.5.1 Análises descritiva da variável dependente.....	43
6.5.2 Seleção das variáveis independentes.....	43

6.5.3 Análise de regressão múltipla	48
7. Discussão:.....	51
8. Conclusão	58
Bibliografia.....	60

1. Introdução

Durante a infância é frequente encontrar crianças que apresentam comportamentos considerados por seus pais e pares como disfuncionais e problemáticos. Desrespeito a regras de conduta básica na escola, em casa e em outros contextos, agressão física contra colegas, professores, irmãos e pais; desrespeito a figuras de autoridade; desobediência a ordens; alto nível de atividade; baixa tolerância à frustração e pobre controle dos impulsos são exemplos de problemas de comportamento externalizantes encontrados em algumas crianças e adolescentes. Apesar de alguns comportamentos poderem ser considerados típicos de crianças (Campbell, 1995) e outros desaparecerem com o tempo devido a intervenções pontuais ou a maturações neurodesenvolvimentais, alguns podem persistir na adolescência e até mesmo na vida adulta, causando disfunções pessoais, familiares, sociais e acadêmicas.

Alguns problemas de comportamento externalizantes ocorrem com mais frequência do que se observa tipicamente em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis e acarreta prejuízos significativos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, caracterizando-se como transtornos externalizantes. Esses são classificados em Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo (TOD) e Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Segundo o DSM-IV (1995), o Transtorno da Conduta implica um padrão repetitivo e persistente de comportamentos no qual são violados os direitos básicos dos outros e normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. O TDO é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade. Já o TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade.

Entre os tratamentos mais efetivos para os transtornos externalizantes encontra-se o Treinamento de Pais (American Academy of Pediatrics, 2011). O Treinamento de Pais é uma

forma de psicoterapia na qual a intervenção no comportamento dos filhos é feita através da modificação das práticas educativas, no qual os pais são orientados a manipular os antecedentes e as consequências do comportamento (Barkley, 1997).

Apesar das evidências empíricas suportarem o uso o Treinamento de Pais, nem todas as famílias se beneficiam do tratamento igualmente. Os principais preditores do sucesso do Treinamento de Pais relatados na literatura incluem o nível de estresse e depressão materna (Fossum et al., 2009), presença de TDAH nos pais (Sonuga-Barke, 2002; Chronis et al., 2004), nível socioeconômico, escolaridade dos pais e intensidade dos sintomas nas crianças (Barkley, 1997).

Apesar da vasta literatura acerca dos preditores de sucesso do Treinamento de Pais, não temos conhecimento de estudos que avaliaram aspectos neuropsicológicos como preditores do Treinamento de Pais. Assim, o presente estudo tem como objetivo principal investigar a eficácia de um programa de Treinamento de Pais para pais de crianças com Transtornos Externalizantes e a influência desses fatores na taxa de mudança dos sintomas e comportamentos das crianças após o Treinamento de Pais.

2. Revisão de Literatura

2.1 Transtornos Externalizantes

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica que atinge de 3% a 7% da população, afetando crianças, adolescentes e adultos. É um transtorno crônico caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade, o que muitas vezes leva a prejuízos no relacionamento entre pais e filhos (Barkley, 1997). O Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Conduta são comorbidades frequentemente encontradas em pacientes com TDAH. 20 a 50% dos pacientes com TDAH possuem TDO e 15 a 75% comorbidade com o TC (Steele, Jensen, Quin, 2006) e estes transtornos possuem uma prevalência de 3,9% e 1,7% a 3,2% respectivamente na população geral (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999). Crianças com transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta estão mais sujeitas a rejeição por pares, fracasso escolar, abuso de substância e envolvimento com a criminalidade quando não tratados (Burke, Loeber & Birmaher, 2002).

Déficits em funções executivas têm sido relatados em crianças com TDAH, TC e TDO como as dificuldades com o controle inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, atenção sustentada e dificuldade com a postergação do reforço (Willcutt, Doyle, Nugg, Faraone, Pennington, 2005), (Rubia, 2010). Diante desses déficits nas funções executivas, estas crianças podem ter dificuldade em completar atividades rotineiras sem a supervisão de outra pessoa; têm dificuldade em resistir à distração enquanto se concentram, trabalham ou conversam; têm dificuldade para realizar tarefas tediosas, repetitivas ou aborrecedoras, não conseguindo demonstrar o mesmo nível de persistência, atenção e motivação. Também possuem dificuldade com o manejo do tempo e com a própria organização em relação a eventos futuros; dificuldade em se esforçar para conseguir recompensas maiores e de longo

prazo em vez de optar por menores, mas imediatas e não conseguem permanecer por muito tempo realizando coisas que não lhe proporcionam recompensas, estímulos ou que possuem interesse imediato (Barkley, R., 2008).

A literatura apresenta três tratamentos efetivos para transtornos e sintomas externalizantes: medicação, terapia comportamental e a combinação dos dois (American Academy of Pediatrics, 2011). O Treinamento de Pais é um tipo de terapia comportamental. Os efeitos do tratamento farmacológico para o TDAH estão bem documentados, porém a combinação dos psicoestimulantes com terapia comportamental é mais efetivo para trabalhar os problemas de comportamento (MTA, 1999). Um guideline produzido pela Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics, 2011) sobre o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, recomenda o Treinamento de Pais como tratamento de primeira escolha para crianças pré-escolares e recomenda psicofármacos e/ou treinamento de pais para crianças em idade escolar.

2.2 Treinamento de Pais

O Treinamento de Pais (TP) é uma forma de psicoterapia na qual a intervenção no comportamento dos filhos é feita através dos pais, no qual o comportamento da criança muda em resultado da modificação nas habilidades educativas dos pais. Tem como objetivo esclarecer os pais e familiares acerca dos mecanismos que favorecem ou prejudicam a interação entre pais e filhos e visa desenvolver habilidades não coercitivas de manejo dos comportamentos em casa. O Treinamento de Pais parte da premissa de que a modificação de comportamentos disfuncionais de crianças pode ser promovida a partir do uso de estratégias e modificações das práticas educativas dos pais. Diante dos déficits nas funções executivas apresentados por crianças com TDAH (Willcut et al., 2005), estas crianças precisam ser educadas de formas diferentes dos seus pares, com regras mais claras e consistentes e

proporcionando um reforçamento mais direto e imediato. O objetivo principal do Treinamento de Pais é trabalhar com os pais estratégias que sejam efetivas para lidar com os problemas de comportamento e ajudar as crianças nas suas dificuldades. Ao longo das sessões, os pais são orientados a manipular os antecedentes e as consequências do comportamento, aprendem sobre a atenção diferencial que deve ser dada aos bons comportamentos, entendem como melhorar a eficiência da autoridade em casa e aprendem alternativas ao uso de punições físicas e coercitivas (Barkley, 1997).

Uma percepção distorcida sobre o comportamento dos filhos ou sobre as formas de lidar com as crianças é frequente em pais de crianças com TDAH. Diante das dificuldades no relacionamento, os pais podem desenvolver estratégias parentais mal adaptativas para lidar com esses problemas de comportamento, se tornando mais rígidos, prestando mais atenção ao comportamento disruptivo da criança e ignorando os comportamentos positivos, podem ter menos paciência na hora de disciplinar a criança e agir impulsivamente. Apesar das práticas educativas parentais não serem pensadas como um fator etiológico para o desenvolvimento dos transtornos externalizantes, essas práticas contribuem para a expressão dos sintomas. O modo como os pais lidam com as crianças pode exercer um papel tanto de exacerbar os sintomas das crianças quanto de amenizar estes sintomas. Práticas parentais ineficientes, com punições físicas, métodos disciplinares inconsistentes e pouca responsividade para a criança é associado com o desenvolvimento de problemas de conduta (Patterson et al., 2002).

2.3 Evidências de eficácia do Treinamento de Pais

O Treinamento de Pais começou a ser estudado há mais de quarenta e atualmente há vários modelos baseados na análise do comportamento e terapia cognitivo-comportamental (Tempel, Wagner & Mcneil, 2013). Diversos estudos experimentais, revisões e meta-análises

têm demonstrado a eficácia do Treinamento de Pais para crianças com TDAH. Estes estudos focam como principais medidas de desfecho os comportamentos disfuncionais, a redução de sintomas dos transtornos externalizantes nas crianças e a mudança das práticas educativas dos pais.

Em relação aos sintomas dos transtornos externalizantes, este tratamento tem se mostrado eficaz na redução de problemas e sintomas de desatenção, comportamentos agressivos e problemas sociais (Danforth, Harveyb, Ulaszekc & McKee, 2006), problemas com a violação de regras (Chacko et al., 2008), comportamentos de desobediência (Lambetucci & Carvalho, 2008), sintomas do transtorno desafiador opositivo (Costin & Chambers, 2007), e redução da gravidade de sintomas do transtorno de conduta (Serra-Pinheiro, Guimarães & Serrano, 2005). Jones et al. (2007) avaliou crianças pré escolares em risco de desenvolver TDAH e problemas de conduta e encontrou redução significativa nos sintomas de TDAH mesmo após controlar as análises pelos problemas de conduta observados após o TP.

Hoofdakker (2007), ao comparar um grupo que passou somente pelo tratamento psiquiátrico de rotina com um grupo com esse tratamento mais o Treinamento de Pais, encontrou uma redução maior dos problemas de comportamento no grupo com tratamento combinado, enquanto que em relação aos sintomas de TDAH, não houve diferença entre os grupos, sugerindo que o Treinamento de Pais adicionou benefícios em relação aos problemas comportamentais das crianças, mas não nos sintomas de TDAH. Este resultado foi diferente de outros estudos que encontraram remissão dos sintomas de TDAH (Costin & Chambers, 2007), (Chacko et al. 2008), (Lambetucci & Carvalho, 2008). Essa diferença de resultado entre os estudos pode ser devido ao delineamento da pesquisa, já que pacientes do grupo combinado só foram incluídos após encaminhamento para o treinamento de pais caso não estivessem satisfeitos com o tratamento psiquiátrico de rotina ou com a medicação, deixando

menos espaço para grandes mudanças nos sintomas. Os autores salientam também o fato das crianças terem sido encaminhadas por um serviço de saúde, ao invés de serem recrutadas para o estudo, o que muitas vezes acontece com outras pesquisas nas quais este será o primeiro tratamento oferecido à criança.

Em relação aos resultados do tratamento em relação aos pais, o Treinamento de Pais tem se mostrado eficaz na redução de interações disfuncionais (Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993), stress relacionado a educar uma criança mais difícil (Danforth et al., 2006), redução de métodos disciplinares inconsistentes e de punições físicas (Gerdes, Haack, & Schneider, 2012), redução de sintomas depressivos nas mães (Chacko et al. 2008), aumento do conhecimento sobre o TDAH e sobre manejo do comportamento (Weinberg, 1999) e mudanças consideráveis nas interações familiares (Pinheiro et al., 2006).

Posthumus (2012) avaliou os ganhos do Treinamento de Pais de crianças de quatro anos em risco de desenvolverem problemas de conduta e verificou melhora significativa após dois anos de seguimento nas habilidades educativas parentais, redução de métodos disciplinares severos e inconsistentes e redução dos comportamentos disruptivos das crianças. Foi encontrado um efeito de mediação entre a redução das práticas educativas parentais negativas e a redução dos problemas de conduta das crianças, indicando uma influência da mudança do comportamento dos pais no resultado. Em relação a influência dos comportamentos da criança na prática educativa dos pais, foi encontrado uma relação fraca após os dois anos, sugerindo que os pais começaram a assumir a autoridade na relação, sem se deixar ser influenciados pelos comportamentos negativos dos seus filhos, o que pode ter colaborado para a manutenção dos ganhos na terapia.

2.4 Preditores de eficácia do Treinamento de Pais

Apesar do Treinamento de Pais ser classificado como um tratamento baseado em evidências (Pheula & Isolan, 2007), nem todas as famílias se beneficiam do tratamento igualmente. Há uma tendência atual não só de investigar se um tratamento é eficaz ou não, mas também de identificar para quais populações é eficaz e quais fatores podem influenciar na eficácia da intervenção (Beuchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005). Dentre esses fatores podem estar características dos pais, das crianças ou do contexto.

A respeito da influência das características das crianças, um estudo com crianças de quatro a doze anos encontrou um efeito positivo da idade na eficácia, com as crianças mais velhas tendo uma maior redução dos problemas de comportamento. Os autores hipotetizam que esta influência pode ser devido ao fato de que pais de crianças mais novas ainda utilizarem métodos educativos parecidos com os ensinados no TP, como uma maior supervisão dos comportamentos dos filhos e estes hábitos serem perdidos ao longo dos anos (Hoofdakker et al. 2010). Contrariamente a este estudo, uma meta-análise dos fatores que interferem no TP não encontrou influencia significativa da idade na redução dos sintomas das crianças (Lundahl, Risser & Lovejot, 2006).

Diversos estudos têm investigado a influência da presença de comorbidades associadas ao TDAH na eficácia do tratamento. Hoofdakker (2010), ao comparar um grupo que participou do TP e atendimento psiquiátrico e outro apenas com tratamento psiquiátrico de rotina, verificou que a presença de amplas comorbidades teve um efeito moderador negativo sobre o TP, ou seja, as crianças que tinham um número maior de comorbidades não tiveram benefício maior com a adição do Treinamento de Pais ao tratamento psiquiátrico de rotina. Em outra pesquisa na qual as crianças foram encaminhadas devido ao transtorno de conduta ou transtorno desafiador opositivo para o Treinamento de Pais, a presença de níveis clínicos de TDAH nas crianças se mostrou um fator preditivo de menor resposta ao TP (Fossum, Morch, Druglin & Larsson, 2009).

Contrariamente a estes achados, outro estudo, ao comparar três grupos de família de crianças com TDO que passaram pelo Treinamento de Pais, um grupo sem comorbidade, outro com comorbidade com TDAH e outro com comorbidade com TDAH e Transtorno de Humor, não encontrou diferença na redução dos sintomas após o tratamento entre os três grupos, demonstrando que a presença de comorbidade associada ao TDO não influenciou os resultados (Costin & Chambers, 2007).

Finalmente, os resultados do Multimodal Treatment Study (MTA) (MTA, 1999) mostrou que crianças com várias comorbidades, como TDO, ansiedade e transtorno de conduta responderam pior aos tratamentos oferecidos pelo MTA separadamente, comparado com crianças sem ou com apenas uma comorbidade. Porém as crianças com várias comorbidades responderam melhor ao tratamento combinado de psicofármacos mais treinamento de pais. (Jensen et al, 2001)

Hartman (2003), ao analisar os preditores de eficácia do treinamento de pais em crianças com transtorno de conduta, encontrou como fatores preditivos de maior resposta ao tratamento a presença de elevados problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade nas crianças e não encontrou valor significativo para pensar no nível socioeconômico, stress parental e depressão materna como fatores que interferem na intervenção.

Diversos estudos identificaram a presença de sintomas psicopatológicos nos pais como preditor de eficácia do Treinamento de Pais. Esses estudos são importantes uma vez que o Treinamento de Pais é baseado na premissa de que o comportamento das crianças irá mudar em decorrência da mudança nas práticas educativas dos pais, colocando os pais em um papel importante.

A influência da depressão materna na eficácia do TP tem se mostrado um dado inconsistente na literatura. Alguns estudos não encontraram influência da elevada sintomatologia depressiva na eficácia do TP (Hoofdakker et al., 2010), outros encontraram um

efeito positivo da depressão na resposta ao tratamento, sendo que mães com mais sintomas depressivos relataram maior redução nos sintomas de transtorno de conduta dos filhos após o TP (Beuchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005), (Lundahl, Risser & Lovejot, 2006).

Reyno (2006), em uma meta-análises sobre os preditores de eficácia do TP, encontrou efeitos grandes para a influência da renda familiar, efeitos moderados de uma maior severidade dos sintomas nas crianças antes do tratamento nos resultados negativos após o TP e efeitos moderados dos sintomas depressivos maternos na taxa de desistência, mas não nos resultados negativos na terapia. A escolaridade dos pais apresentou efeitos heterogêneos, não sendo possível tirar conclusões dos estudos incluídos na meta-análise.

Um dos preditores de psicopatologia mais estudados são os sintomas de desatenção e hiperatividade nos pais. O TDAH tem um componente genético, com uma herdabilidade de 0,76 (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller & Goralnick, 2005), tornando provável que pais de crianças com TDAH também sejam portadores do transtorno.

Ao comparar mães com e sem o diagnóstico de TDAH, há evidências de que mães com o diagnóstico reportaram métodos disciplinares mais inconsistentes, menor monitoramento da criança, menor presença de rotina familiar e maior dificuldade para oferecer soluções diante de problemas (Murray & Johnston, 2006), maior repetição inapropriada de comandos e controle do comportamento com cargas negativas, como desaprovação e punição física (Chronis-Tuscano et al., 2008). Os sintomas de desatenção estão associados com relato de comportamentos parentais negligentes e a impulsividade está associada com aumento de discussões entre pais e filhos (Harvey et al.2003).

Estudos apontam que indivíduos com TDAH apresentam dificuldade memória de trabalho (Castellanos et al, 2006), planejamento, resolução de problemas e controle inibitório (Willcutt et al, 2005). Estas dificuldades podem ser a base para comportamentos parentais inadequados, como inconsistência na forma de disciplinar e dificuldade em priorizar, planejar

ou organizar as próprias tarefas e as tarefas dos filhos (Johnston et al., 2012). Indivíduos com TDAH ainda apresentam déficits nos sistemas motivacionais e no processamento do reforçamento, que podem estar por trás de sintomas como a aversão ao atraso da recompensa e alteração da sensibilidade a reforçamentos (Sonuga-Barke, 2003). Esses prejuízos nos sistemas motivacionais podem contribuir para a fraca persistência diante de tarefas mais difíceis, repetitivas ou entediadas, prejudicando assim a interação dos pais e filhos em tarefas que não seja motivador para um dos dois ou prejudicando a implementação inicial das técnicas aprendidas no Treinamento de Pais.

O Treinamento de pais se mostrou menos efetivo em mudar os comportamentos negativos parentais, como dar comandos negativos e fazer afirmações críticas naquelas mães cujos sintomas de TDAH eram mais elevados, ou seja, os sintomas elevados de TDAH nas mães estão associados a uma menor resposta ao tratamento, mediado pela dificuldade destas mães em promover mudanças nos comportamentos parentais negativos. (Chronis-Tuscano et al., 2011).

Sonuga-Barke (2002) também investigou a presença de sintomas de TDAH medidos dimensionalmente nas mães que participaram do Treinamento de Pais para crianças pré-escolares. Mães do grupo com mais sintomas de TDAH não obtiveram mudança significativa nos sintomas e comportamentos dos filhos, ao contrário das mães com médio e baixo nível de sintomas, demonstrando uma influência negativa destes sintomas parentais na eficácia do tratamento.

Estudos com endonofenótipos têm investigado a expressão fenotípica de déficits em funções executivas em parentes de pessoas com o diagnóstico de TDAH que possuem sintomas de TDAH, mas não possuem o diagnóstico do transtorno. Essas pessoas teriam os genes para a condição, mas não expressam o transtorno (Doyle et al., 2005). Baseado neste

constructo, pais de crianças com TDAH podem ter déficits em alguns aspectos das funções executivas, mesmo não preenchendo todos os critérios para o diagnóstico de TDAH.

Harvey (2003) salienta a importância de investigar desatenção e hiperatividade nos pais e a influência destes sintomas nos estilos parentais, como ser muito permissivo ou ser mais exigente com o filho. Pais com dificuldade em controlar seus impulsos podem ter dificuldade em inibir respostas emocionais negativas enquanto disciplina a criança. Pais mais impulsivos podem se tornar pais mais permissivos, já que podem ter dificuldade em ignorar um comportamento inadequado que lhe causa desconforto e preferem ceder ao comportamento da criança ao invés de se apegar a recompensas futuras. Pais mais desatentos podem ter dificuldade em engajar e permanecer em atividades com a criança. Assim, características neuropsicológicas dos pais, principalmente relacionadas às funções executivas, podem influenciar o modo como os pais lidam com as crianças. Funções executivas parentais, como a regulação da atenção, controle inibitório e memória de trabalho podem ser a chave para evitar os modos de educar mais severos. As funções executivas permitem a regulação dos pensamentos e emoções para a seleção da melhor estratégia para lidar com o filho ao invés de simplesmente reagir aos comportamentos (Deater-Deckard, Wang, Chen & Bel 2012).

Apesar das evidências acerca dos preditores de sintomas de TDAH nos pais para o Treinamento de Pais, há carência de estudos que investiguem preditores neuropsicológicos de sucesso na terapia. Novos achados sobre preditores do sucesso do tratamento podem levar a modificações e melhorias no programa para se adequar às características destes pais. Além disso, um melhor entendimento de quais pacientes podem responder melhor a uma intervenção permite que clínicos façam uma melhor escolha de tratamento.

3. Objetivos:

1. Verificar a eficácia de um programa de Treinamento de Pais em grupo no tratamento de crianças com Transtornos Externalizantes.
2. Identificar possíveis fatores neuropsicológicos, clínicos e demográficos preditores da Eficácia do Treinamento de Pais.

3.1 Objetivos específicos

1. Comparar a mudança nos sintomas de desatenção, hiperatividade, comportamento agressivo, violação de regras e comportamentos de desobediência de crianças cujos pais participaram do Treinamento de Pais e crianças do Grupo Fila de Espera.
2. Identificar a influência da inteligência, da capacidade de tomada de decisão, flexibilidade cognitiva, atenção sustentada, memória de curto prazo e memória de trabalho dos pais na eficácia do Treinamento de Pais.
3. Identificar a influência da inteligência, da capacidade de tomada de decisão, flexibilidade cognitiva, controle inibitório, atenção seletiva, atenção dividida, atenção sustentada, memória de curto prazo e memória de trabalho das crianças na eficácia do Treinamento de Pais.
4. Identificar a influência da gravidade dos sintomas das crianças e do número de comorbidades no início do tratamento na eficácia do Treinamento de Pais
5. Identificar a influência dos sintomas de desatenção e hiperatividade, sintomas depressivos e dificuldade no funcionamento executivo relatados pelos pais no início do tratamento na eficácia do Treinamento de Pais.
6. Identificar a influência do nível socioeconômico, idade e escolaridade dos pais na eficácia do tratamento.

4. Hipóteses

1. O treinamento de pais se mostrará efetivo na redução dos sintomas de transtornos externalizantes e de problemas de comportamento das crianças do Grupo Tratamento.
2. Não haverá redução significativa dos sintomas e de problemas de comportamento no Grupo Fila de Espera.
3. O pior desempenho dos pais e das crianças nas medidas neuropsicológicas estará associado com uma menor taxa de resposta ao tratamento.
4. O nível socioeconômico mais baixo e menor escolaridade dos pais estarão associados com uma menor taxa de resposta ao tratamento.

5. Métodos:

5.1 Participantes:

Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e Transtorno de Conduta (TC), provenientes do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais foram encaminhados pelos seus psiquiatras para participarem do grupo Treinamento de Pais.

Dois grupos foram formados. O Grupo Tratamento (GT) foi formado pelos pais das crianças que participaram da terapia. O Grupo Fila de Espera (GF) foi constituído pelas crianças do mesmo ambulatório que estavam aguardando o início do grupo de Treinamento de Pais, formando o grupo controle. Ambos os grupos estavam recebendo o tratamento psiquiátrico convencional e não houve interferência nesse devido ao fato das crianças estarem participando do estudo. Também se optou por não excluir crianças com outras comorbidades associadas aos transtornos externalizantes, visando obter um resultado mais ecológico, que reflita a realidade das crianças encaminhadas para serviços de psiquiatria infantil.

Para participação no estudo os seguintes critérios de inclusão precisavam ser atendidos em relação às crianças: estar com idade entre 6 e 10 anos e possuir queixas de problemas de comportamento. Os pais deveriam ser alfabetizados, com escolaridade superior a 5 anos de estudo. Foram critérios de exclusão do estudo a presença nos pais ou crianças de transtornos esquizofreniformes, transtorno bipolar, retardo mental, epilepsia, espectro autista ou outra doença neuropsiquiátrica grave. Foram incluídos nas análises os pais que obtiveram uma porcentagem de presença nos grupos superior à sessenta por cento das sessões administradas.

5.2 Delineamento do estudo

Os pais e/ou responsáveis encaminhados passaram por uma entrevista inicial por telefone ou no próprio ambulatório para que fosse feito o convite para participar do grupo de Treinamento de Pais, no qual foram explicados seus objetivos e a forma de funcionamento dos grupos, os objetivos da pesquisa e procedimentos decorrentes do estudo. Ambos os pais foram convidados a participar da terapia.

Ao concordar com a participação, os pais preencheram escalas sobre o comportamento e sintomas da criança e sobre o seu comportamento e sintomas psiquiátricos (T1). Após três meses, intervalo correspondente à duração do Treinamento de Pais, foi preenchido novamente essas escalas (T2), configurando assim o Grupo Fila de Espera. Concomitantemente, as crianças passaram por uma avaliação neuropsicológica, realizada por acadêmicos de psicologia devidamente treinados na aplicação dos instrumentos e por uma avaliação psiquiátrica realizada por duas médicas Psiquiatras.

Cinco grupos de tratamento foram formados ao longo do estudo, um à noite, dois à tarde e dois pela manhã. A distribuição dos pais ao longo dos grupos de tratamento foi a partir da disponibilidade de horário dos pais.

Uma semana antes do início do Treinamento de Pais, os pais que concordaram em participar do tratamento passaram por uma avaliação neuropsicológica e avaliação psiquiátrica para a triagem de Transtornos psiquiátricos que se encaixavam nos critérios de exclusão acima mencionados.

Ao iniciar o grupo de Treinamento de Pais, os responsáveis responderam as escalas de linha de base sobre o comportamento e sintomas dos filhos e sobre seu próprio comportamento e sintomas no início do tratamento (T1) . As mesmas escalas foram preenchidas ao final do tratamento (T2). A Fig.1 ilustra o delineamento do estudo.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (processo n ° CAAE 0343.0.203.000-11)

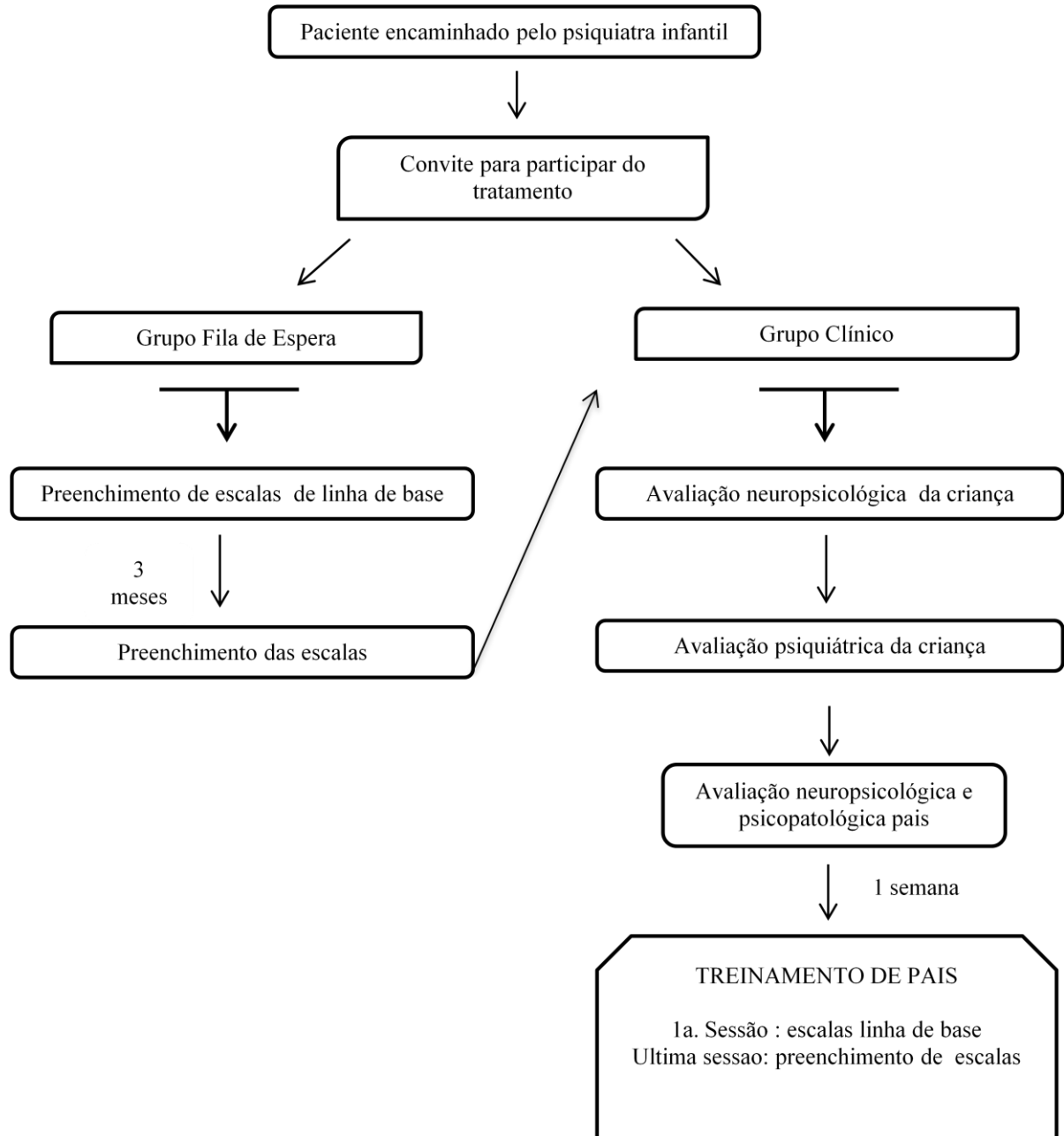
5.3 Intervenção

Todos os grupos foram conduzidos pela autora (psicóloga) e pela Psiquiatra Luciana Pimenta. A intervenção foi realizada baseada no Programa de Treinamento de Pais proposto por Barkley (1997). O programa é composto por 10 passos, nos quais foram abordados temas e técnicas específicas em cada um. Os encontros foram semanais e em grupos de oito pais em média. A duração do tratamento correspondeu a uma média de três meses. Um passo poderia ser abordado em mais de uma sessão caso as terapeutas identificassem que o grupo não estava apto para passar para o passo seguinte.

Ao final de cada sessão, os pais foram solicitados a praticarem as estratégias aprendidas durante a semana e no início de cada sessão a tarefa de casa foi revisada e os possíveis problemas em implementar as técnicas foram discutidos. A cada sessão foi entregue para os responsáveis um resumo por escrito dos principais tópicos trabalhados no passo. Caso um participante faltasse uma sessão, outro horário era agendado para discutir os tópicos trabalhados.

Os anexos entregues e as sessões foram traduzidos e adaptados do original (Barkley, 1997) para uma linguagem acessível à nossa população.

Fig. 2 Fluxograma do delineamento do estudo



5.3.1 Passos resumidos trabalhados nas sessões:

1º passo: Quais as causas dos problemas de comportamento da criança?

O principal objetivo desta sessão é identificar qual a percepção dos pais sobre as causas de problemas de comportamento das crianças e proporcionar uma reflexão sobre outros possíveis fatores que interferem na interação. Esses fatores estão relacionados as características da criança, dos pais, do contexto e do histórico de reforçamentos que a criança recebeu. É realizada uma abordagem psicoeducativa com os pais, sobre o modelo comportamental e sobre as principais características do TDAH. É enfatizado o papel da forma como as pessoas lidam com as crianças e o modo como elas respondem a estas interações.

2º passo: Prestando atenção no bom comportamento do seu filho

Pais de crianças com problemas de comportamento, frequentemente, dão enfoque maior nos comportamentos inadequados da criança e esquecem-se de dar valor aos comportamentos adequados. O objetivo dessa sessão é trabalhar esta percepção alterada que muitos pais de crianças de TDAH possuem, aumentando a atenção dada aos comportamentos positivos e ignorando alguns comportamentos negativos. É enfatizada a importância da qualidade do relacionamento que os pais e filhos possuem, através da técnica do recreio especial, na qual os pais são solicitados a brincar com as crianças, sem fazer intervenções ou tentar ensinar algo. Outro ponto importante trabalhado é a importância de elogiar a criança e as várias formas de elogiar. O sucesso neste passo, durante a realização dos grupos, mostrou ser de extrema importância para a condução do restante da terapia.

3º passo: Dando ordens efetivas e aumentando a brincadeira independente

Este passo possui duas partes importantes. Na primeira são enfatizadas maneiras de dar ordens para as crianças de uma forma mais efetiva, considerando que crianças com TDAH podem ter dificuldade de completar atribuições rotineiras sem supervisão direta, dificuldade com a memória de trabalho e em resistir à distração enquanto conversam ou fazem uma

atividade. Além disso, essas crianças não conseguem demonstrar o mesmo nível de motivação que outras crianças quando têm que realizar tarefas aborrecedoras ou tediosas (Barkley, 2008). Dessa maneira, elas precisam de formas de dar ordens diferentes e mais sistematizadas do que outras crianças. Também são enfatizados a importância de dar um comando perto da criança; reduzir distratores antes de dar uma ordem; monitorar se ela iniciou a tarefa; verificar a forma como está sendo dado o comando, evitando pedir um favor ou fazendo perguntas. Também é destacada a importância de monitorar o fim da atividade, lembrando sempre de elogiar e enfatizar o que a criança fez de bom, entre outras estratégias.

Muitos pais de crianças com problemas de comportamento reclamam que não conseguem fazer suas atividades quando a criança está em casa, pois frequentemente são interrompidos. Assim, na segunda parte é trabalhado com os pais estratégias para evitar que a criança os interrompa, fazendo combinados com as crianças e guiando-as a alguma atividade que seja apropriada para a ocasião. Também são discutidos com os pais a importância de conversar com a criança e fazer um plano para estes momentos.

4º passo: Quando o elogio social não é suficiente: sistema de pontos e fichas

Crianças com TDAH, frequentemente, possuem dificuldade com a postergação do reforço, ou seja, têm dificuldade de escolher e esperar por uma recompensa maior em longo prazo a uma menor, mas de curto prazo (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg & Willcutt, 2008). Além disso, têm mais dificuldade em permanecer realizando uma tarefa que não lhe proporcione recompensa ou estímulo imediato (Barkley, 2008). O sistema de pontos e fichas é implementado pela família com o objetivo de promover para a criança um reforçador mais imediato para as suas ações. Além de motivar a criança a obedecer e cumprir com os combinados da casa, esta técnica aumenta a atenção dos pais aos comportamentos positivos dos filhos.

5º passo: Dar um tempo e outros métodos disciplinares.

Neste passo são discutidos métodos punitivos não coercitivos para os comportamentos indesejáveis. Crianças com TDAH frequentemente têm dificuldade em inibir suas respostas emocionais, muitas vezes agindo de modo inadequado de acordo com uma emoção negativa. Além disso, são mais reativos, irritáveis e facilmente frustrados pelos acontecimentos. (Barkley, 2008). Diante disso, é introduzido o método de “dar um tempo”, no qual, diante de um conflito, a criança é afastada dos reforçadores que possam estar mantendo o comportamento (atenção social). São trabalhados com os pais os critérios para que a criança volte à interação e enfatizado a importância deste método não para que a criança pense no que fez, mas sim, para que seja um momento em que o filho e os pais possam se acalmar para tomarem as decisões em relação ao conflito com uma calma emocional.

É introduzido outro método de punição, a retirada das fichas diante de um comportamento inadequado das crianças.

6º passo:

Esta sessão é destinada a resolver as possíveis dúvidas e problemas com a introdução do método de dar um tempo e da retirada de fichas e pontos.

7º passo: Antecipando problemas: lidando com a criança em espaços públicos

Neste passo é trabalhado com os pais a importância de planejar os passeios com as crianças pensando no interesse que os filhos possam ter na atividade e antecipando possíveis problemas que possam acontecer. Os pais são instruídos a conversar com as crianças antes de sair, explicitar as regras do local, estabelecer incentivos para a obediência e combinar possíveis consequências caso as regras não sejam cumpridas e pensar em atividades que

possam ser interessantes para as crianças. É muito enfatizado para os pais a importância de planejar com as crianças o que elas poderão brincar ou envolvê-las na atividade caso não seja um passeio voltado para as crianças.

8º passo: Melhorando o comportamento na escola de casa: relato de cartão diário

Crianças com TDAH frequentemente apresentam problemas disciplinares na escola e queixas decorrentes da falta de motivação com as tarefas escolares. Nesta sessão, é discutido com os pais as principais queixas que seus filhos apresentam e formas de lidar com essas queixas, estreitando os laços com a escola e é apresentando uma forma de incentivar comportamentos adequados nesse espaço. Para isso os professores respondem diariamente um cartão pontuando o comportamento da criança em sala de aula. Os pais são instruídos a elogiar e reforçar os comportamentos positivos e agir de forma neutra com os negativos, porém exercitando a técnica de resolução de problemas, ajudando a criança a pensar em um plano para melhorar sua nota no dia seguinte.

9º passo: Lidando com futuros problemas

Os pais são preparados para o fim do tratamento. O Treinamento de Pais em grupo tem como objetivo ser uma psicoterapia breve, na qual os pais irão adquirir estratégias mais efetivas para lidar com os problemas de comportamento que surgirem. Nesta sessão, é feita uma revisão com os pais das estratégias aprendidas.

10º passo: Sessão de acompanhamento

Os pais retornam após um mês para a resolução de possíveis dúvidas e são lembrados da importância de continuar com os elogios e recreio especial com o filho.

5.4 Instrumentos:

5.4.1 Escalas utilizadas para avaliar o desfecho no comportamento e sintomas nas crianças dos transtornos externalizantes:

MTA-SNAP-IV (Mattos,P., Serra-Pinheiro,M., Rohde, L. & Pinto, D., 2006)

Questionário de domínio público que foi traduzido e adaptado para o português por Mattos et al.(2006). O MTA-SNAP-IV foi a versão utilizada no Multimodality Treatment Study, que inclui os itens correspondentes aos sintomas do critério A da DSM-IV para TDAH (9 sintomas de desatenção e nove sintomas de hiperatividade) e aos sintomas de TDO (6 sintomas).

Os pais respondem a uma escala likert de 4 pontos de acordo com a frequência e intensidade dos sintomas (nem um pouco (0), só um pouco(1), bastante(2) e demais(3)). Para o estudo, foram utilizadas duas formas de pontuação: quantidade de sintomas (sintomas marcados como bastante ou demais) e intensidade dos sintomas (escore computado a partir da soma da frequência dos sintomas).

Escala de avaliação dos sintomas do transtorno de conduta (Barkley, 2008)

Escala composta pelos 15 sintomas do critério A do DSM-IV do Transtorno de Conduta. Os pais devem responder se a criança apresentou cada um dos comportamentos citados nos últimos 6 meses. Para o presente estudo foi utilizado escore total de sintomas relatados.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18). (Achenbach, 1991), (Bordin, Mart, & Caeiro, 1995)

Questionário desenvolvido por Achenbach (1991) e traduzido e adaptado para o Brasil por Bordin (1995). O CBCL é uma escala que consiste em 113 itens referentes a problemas de comportamento que são respondidos pelos pais das crianças. Os pais pontuam cada comportamento de acordo com uma escala de três pontos: falso (0), mais ou menos verdadeiro (1) ou bastante verdadeiro (2). Possui sensibilidade de 0,87, especificidade de 0,67 e confiabilidade teste-reteste (uma semana) de 0,89.

Para o presente estudo, das oito escalas, as escalas de problemas de atenção, violação de regras e comportamentos agressivos foram utilizadas e das seis escalas orientadas pelo DSM-IV foram utilizadas a de Problemas de Atenção e Hiperatividade, Problemas Desafiadores e Opositivos e Problemas de Conduta.

Questionário de Situações Domésticas-QSD - Cynthia et al. (2010).

Questionário desenvolvido por Barkley (1987) e traduzido e adaptado para o português por Cynthia et al. (2010).

Compreende uma lista de 16 situações potencialmente geradoras de conflito entre pais e filhos e requer que o responsável avalie se a criança apresenta problema em obedecer naquela situação e qual a gravidade dessa desobediência. Para o estudo foram utilizados os escores de número de situações problemas e o grau de severidade da situação.

5.4.2 Possíveis fatores preditores de resposta ao tratamento:

Avaliação neuropsicológica dos pais e das crianças:

Matrizes Progressivas de Raven: escala especial para crianças (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) e **escala geral para adultos** (Raven, 2001).

Teste psicométrico que avalia a inteligência geral. Consiste na apresentação de estímulos em um caderno no qual existe uma figura maior em que falta um pedaço. A tarefa

consiste em escolher entre seis opções, qual se adéqua melhor para completar a figura. Foi utilizado para as análises o escore total de acertos das crianças e dos pais.

Iowa Gambling Task-Br (Bechara *et al.*, 1994), adaptada para o Brasil por Malloy-Diniz *et.* 2008.

O “Iowa Gambling Task” (IGT), versão computadorizada, é uma tarefa que avalia o processo de tomada de decisões, simulando situações da vida real. No IGT, os indivíduos têm de escolher um cartão de cada vez entre quatro baralhos disponíveis (A, B, C e D). A tarefa requer que os sujeitos façam 100 opções, e em cada ensaio, os indivíduos podem ganhar ou perder certa quantidade de dinheiro. Os baralhos A e B trazem ganhos grandes e imediatos, mas as cartas com “multas” são mais frequentes ou maiores, sendo considerados baralhos desvantajosos. Escolher mais vezes os baralhos A e B conduz a uma perda global. Já as cartas dos montes C e D levam a ganhos pequenos em curto prazo, mas a perdas menos frequentes e de menor quantidade. Escolher mais vezes os baralhos C e D resulta num ganho global. Os sujeitos não são informados dessa regra, devendo percebê-la à medida que jogam. Durante o curso das escolhas, voluntários saudáveis aprendem a evitar os baralhos desvantajosos e escolher mais os vantajosos. O desempenho do sujeito nas 100 escolhas é dividido em cinco blocos de 20 escolhas. Para cada bloco é calculada a fórmula:

$$[(\text{escolhas no monte C} + \text{escolhas no monte D}) - (\text{escolhas no monte A} + \text{escolhas no monte B})].$$

Ao final, o escore global é calculado somando-se o resultado da fórmula nos cinco blocos de escolhas. O escore global do IGT foi utilizado neste estudo para medir a impulsividade por dificuldades no processo de tomada de decisões.

Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WSCT) (Cunha *et al.*, 2005)

O WCST é um instrumento que avalia a capacidade de mudar de estratégias cognitivas em resposta a mudança nas contingências do ambiente e a capacidade categorizar e abstrair características de um estímulo, sendo uma medida de flexibilidade cognitiva. É constituído por quatro cartas-estímulo e 64 cartas-resposta, em sua versão computadorizada, que representam quatro formas geométricas (triângulo, estrela, cruz ou círculo), em diferentes cores (vermelho, verde, amarelo ou azul) e quantidade de figuras (um, dois, três ou quatro). O sujeito é solicitado a combinar as cartas-respostas com as cartas estímulos, porém não é informado sobre o princípio de categorização, apenas lhe é advertido se a combinação está correta ou errada. Após dez escolhas corretas, o princípio de categorização é modificado, porém sem avisar o sujeito. No presente estudo foram utilizados os seguintes escores:

- Erros perseverativos: ocorre quando o paciente persiste em responder a uma característica do estímulo que é incorreta, indicando perseveração de uma estratégia desvantajosa.
- Categorias completadas: número de categorias corretas completadas pelo sujeito
- Ensaio para completar a 1ª categoria: número de cartas utilizadas para completar a primeira categoria de acordo com o princípio de categorização correto.

Span de dígitos (Wechsler, 1991), (Wechsler , 2004)

As crianças foram avaliadas através do subteste dígitos do WISC-III (Wechsler, 1991) e os adultos com o subteste dígitos do WAIS (Wechsler , 2004).

Teste que avalia a memória verbal de curto-prazo e a memória de trabalho. Nesta tarefa o sujeito deve repetir uma lista de números ditada pelo aplicador, primeiramente na mesma ordem, e posteriormente na ordem inversa. Neste estudo foi utilizado o escore referente ao

span de dígitos recordados na ordem direta (memória de curto prazo) e inversa (memória de trabalho).

5.4.3 Testes específicos da avaliação neuropsicológica infantil

Teste de Atenção Visual-TAVIS 4 (Coutinho, Mattos, Araújo, Borges & Alfano, 2008)

Teste neuropsicológico destinado a avaliar três aspectos da atenção visual separadamente através de três tarefas. A tarefa 1 avalia a capacidade de focalizar estímulos relevantes, na presença de estímulos distratores, e selecionar a informação. A tarefa 2 avalia a capacidade de mudar o foco de atenção entre tarefas com demandas cognitivas diferentes, determinando, assim, a qual informação se prestará atenção num dado momento. A tarefa 3 avalia a capacidade de manter a atenção ao longo do tempo. Está relacionado a capacidade de sustentar uma resposta comportamental consistente durante uma atividade contínua. São fornecidos escores referentes ao número de erros por ação (erros decorrente da impulsividade), número de erros por omissão (erros decorrente a desatenção) e tempo médio de reação (velocidade de processamento) em cada uma das três tarefas. Os nove índices foram utilizados no estudo.

A tarefa de alternância de conceitos não foi aplicada nas crianças que ainda não estavam alfabetizadas por ter estímulos que necessitam de leitura.

Teste dos Cinco Dígitos (Sedó, 1996)

O teste dos Cinco Dígitos é uma tarefa neuropsicológica baseada no paradigma de Stroop, que avalia a velocidade de processamento verbal e numérico, controle inibitório e flexibilidade mental. O teste consiste no reconhecimento, leitura e contagem dos cinco primeiros algarismos arábicos (1, 2, 3, 4 e 5). Os algarismos são apresentados dentro de quadrados, dispostos em uma folha de 10 linhas com 5 quadrados em cada uma delas. Os

números variam aleatoriamente em relação ao algarismo e à quantidade em cada quadrado. O teste é dividido em 4 partes: na primeira, é solicitado ao probando que leia os números arábicos que estão nos quadrados (nessa etapa há uma coincidência entre o algarismo e sua quantidade); na segunda parte é solicitado que ele conte a quantidade de estímulos (asteriscos) que há em cada quadrado; na terceira parte, ele deve contar a quantidade de algarismos que há em cada quadrado (nessa etapa não há coincidência entre o algarismo e quantidade de dígitos apresentados em cada quadrado); na quarta e última parte, o probando deve executar a mesma tarefa da etapa 3, porém é acrescentada uma variável, alguns quadrados apresentam uma borda azul, que indica que ele deve trocar a regra momentaneamente e ler, ao invés de contar, o número que está dentro do quadrado. O teste avalia velocidade de processamento verbal e numérico (partes I e II), controle inibitório (parte III) e flexibilidade mental (parte IV). Neste estudo foram utilizados os escores do tempo de reação e erros no índice de Controle Inibitório (parte III- parte I) e índice de Flexibilidade Mental (parte IV- parte I).

4.4.4 Testes específicos da avaliação neuropsicológica dos pais

Teste da Figura Complexa de Rey (Oliveira & Rigoni 2008)

Foi utilizado para avaliar a evocação imediata de um conteúdo visual. O participante é solicitado a copiar uma figura complexa com 18 grafo-elementos e após três minutos é solicitado a evocar o conteúdo visual através de um desenho. A pontuação utilizada no presente estudo consiste na pontuação bruta dos grafoelementos corretos presentes na figura evocada.

Teste de Performance Contínua– CPT-II (Conners, 2003)

O CPT foi desenvolvido para avaliação da atenção sustentada. No entanto, vários de seus componentes têm sido utilizados para avaliação de outros aspectos cognitivos como controle inibitório. No teste, o sujeito é exposto a uma série de letras apresentadas rapidamente, uma

de cada vez, em intervalos relativamente curtos e nos quais o sujeito deve pressionar um botão cada vez que aparece uma letra. No entanto, essa regra só valerá se a letra não for X. Caso apareça a letra X o sujeito deverá inibir a resposta de apertar a barra de espaço do computador. Esta tarefa fornece medidas sobre erros de comissão (o), omissão () e tempo de reação. No presente estudo foram utilizados os seguintes escores:

- Erros por comissão: sujeito pressiona a barra mediante a letra X, como indicativo da impulsividade motora
- Erros por omissão: o sujeito não pressiona a barra quando vê as outras letras, como indicativo da impulsividade por falta de atenção.
- Hit-RT (tempo de reação): média do tempo de reação das respostas corretas, considerado uma medida de velocidade de processamento.
- Variabilidade do tempo de reação: variabilidade que o indivíduo apresenta em 18 segmentos do teste em relação ao seu erro padrão na tarefa, medida de consistência do tempo de reação ao longo da tarefa.

5.4.5 Escalas auto-relato de psicopatologia e comportamento dos pais

ASRS- Adult Self Report Scale (Mattos, Segenreich, Saboya, Louzã, Dias & Romano 2006)

Os ASRS é uma escala de auto-relato que abrange os nove sintomas de desatenção e os nove de hiperatividade/impulsividade relatados pelo DSM-IV para o critério A de TDAH. Os pais respondem a uma escala likert de 4 pontos de acordo com a frequência intensidade dos sintomas (nem um pouco (0), só um pouco(1), bastante(2) e demais(3)). Para o estudo, foram utilizadas duas formas de pontuação: quantidade de sintomas (sintomas marcados como bastante ou demais) e intensidade dos sintomas (escore computado a partir da soma da frequência dos sintomas).

Inventário de depressão de Beck (BDI). (Cunha, 2001)

Questionário composto de 21 itens derivados de sintomas depressivos apresentados por pacientes psiquiátricos, no qual o sujeito informa qual a ocorrência e intensidade dos sintomas (escala de 0 a 3), com base em como se sentiu na última semana. Para o presente estudo, foi utilizado o escore total correspondente à soma da intensidade dos sintomas.

Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo (BDFES) (Barkley & Murphy, 2011)

Escala desenvolvida para a avaliação do funcionamento executivo do dia-a-dia do adulto. Possui cinco dimensões das funções executivas:

- Auto-gerenciamento do tempo: possuiu itens que descrevem o gerenciamento do tempo, planejamento e organização em relação à prazos.
- Auto-organização e resolução de problemas: possuiu itens relacionados à organização do pensamento e das ações, pensar rapidamente quando encontra situações inesperadas e encontrar soluções pra estas situações.
- Auto-disciplina: possuiu itens relacionados a fazer comentários impulsivos, dificuldade de inibir reações aos eventos, tomada de decisão impulsiva, não pensar nas consequências que teve no passado ou futuro antes de agir e habilidade de ver a perspectiva do outro.
- Auto-motivação: possuiu itens relacionados a não fazer as tarefas designadas, ser descrito como preguiçoso pelos outros, não demonstrar muito esforço para concluir tarefas, precisar de mais supervisão quando está trabalhando e ser aborrecido facilmente.
- Auto-Concentração: possuiu itens relacionados a ser facilmente distraída por seus pensamentos, dificuldade em ficar alerta enquanto trabalha, dificuldade com a atenção

sustentada enquanto lê, trabalha ou conversa com outra pessoa, parecer frequentemente estar sonhando acordado quando deveria estar concentrado e ter que reler coisas desinteressantes para compreendê-las.

Esta escala é composta por 89 itens e oferece quatro opções de respostas de frequência (raramente ou nunca(1), às vezes(2), frequentemente(3) ou muito frequentemente(4)). No estudo foi utilizado os cinco escores e o escore total de sintomas, referente à quantidade de sintomas marcados como “frequentemente” e “muito frequentemente”. Quanto maior o escore maior a dificuldade nas dimensões das funções executivas.

Classificação sociodemográfica

Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ABEP, 2012).

Instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita, então, uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definida por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

5.4.6 Avaliação Psiquiátrica

K-SADS-PL (Brasil & Bordin, 2010)

O K-SADS-PL é uma entrevista psiquiátrica semi-estruturada, realizada com a criança e com os pais, que investiga a presença de transtornos psiquiátricos na criança tanto atualmente quanto no passado com base em critérios do DSM-IV. K-SADS-PL inclui três componentes: entrevista introdutória (dados demográficos, saúde e outras informações de fundo), entrevista de triagem (82 sintomas relacionados a 20 possíveis diagnósticos) e cinco

suplementos diagnósticos: transtornos afetivos (depressão, distímia, mania e hipomania), distúrbios psicóticos; transtornos de ansiedade (fobia social, agorafobia, fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade de separação, ansiedade generalizada, transtorno do pânico e, transtorno de estresse pós-traumático); distúrbios de comportamento disruptivo (TDAH, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição) e abuso de substâncias, transtorno de tic, transtornos alimentares e transtornos eliminação (enurese, encoprese). No presente estudo, a entrevista foi realizada com todos os filhos e seus pais que participaram da terapia por um médico psiquiatra.

Mini-Plus (Amorim, 2000)

MINI é uma entrevista psiquiátrica estruturada destinada a identificação de transtornos psiquiátricos em adultos ao longo da vida. Explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. Este instrumento foi utilizado por um médico psiquiatra em todos os pais que participaram do Treinamento de Pais com o objetivo de caracterizar a amostra e identificar possíveis fatores de exclusão.

5.5 Procedimentos estatísticos

Foi realizada análise estatística descritiva das variáveis estudadas. O teste Shapiro-Wilk foi realizado para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis.

Foi realizado o teste de Mann-Whitney (inter-grupos) para verificar se o Grupo Tratamento (GT) e o Grupo Fila de Espera (GF) se diferiram em alguma medida das escalas de linha de base ou nas características clínicas e demográficas. Foi realizado o teste de postos de Wilcoxon (intra-grupos) com o objetivo de verificar se houve diferença significativa entre

os sintomas e comportamentos das crianças relatados pelos pais no pré e pós teste nos dois grupos.

Para determinar a taxa de resposta ao tratamento, foi calculada a variação da intensidade dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade e sintomas do transtorno desafiador opositivo através do MTA-SNAP-IV antes e depois do tratamento, através da seguinte fórmula:

Taxa de resposta = Intensidade dos sintomas (inicial) - Intensidade dos sintomas(final)

As taxas de respostas foram consideradas como variáveis contínuas e foram incluídas em modelos de regressão linear multivariada como variável dependente. Foi conduzida uma análise de correlação utilizando o coeficiente de Pearson para a seleção de variáveis que seriam introduzidas no modelo de regressão. A seleção das variáveis independentes para serem incluídas na regressão ocorreu a partir da análise de correlação entre cada uma das variáveis neuropsicológicas das crianças e dos pais, escalas de linha de base das crianças, escalas de psicopatologia e comportamento dos pais preenchidas no início do tratamento e as características clínicas e demográficas. Foi utilizada a seguinte classificação para a magnitude das correlações: 0,1 a 0,3 (fraco), 0,4 a 0,5 (moderada) e 0,9 (forte) (Dancey & Reidy, 2006). As variáveis que obtiveram correlações significativas com as variáveis dependentes considerando o nível de significância de 10% foram incluídas no modelo de regressão, utilizando-se o método stepwise. Para controlar os níveis iniciais de sintomas da criança, foram incluídos como preditores no modelo os sintomas relatados na linha de base referentes à variável dependente. Os pressupostos da regressão linear referentes à normalidade dos resíduos, homocedasticidade e ausência de multicolinearidade foram atendidos.

As análises estatísticas foram conduzidas através do pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences- SPSS (versão 20).

6. Resultados

6.1 Composição da amostra

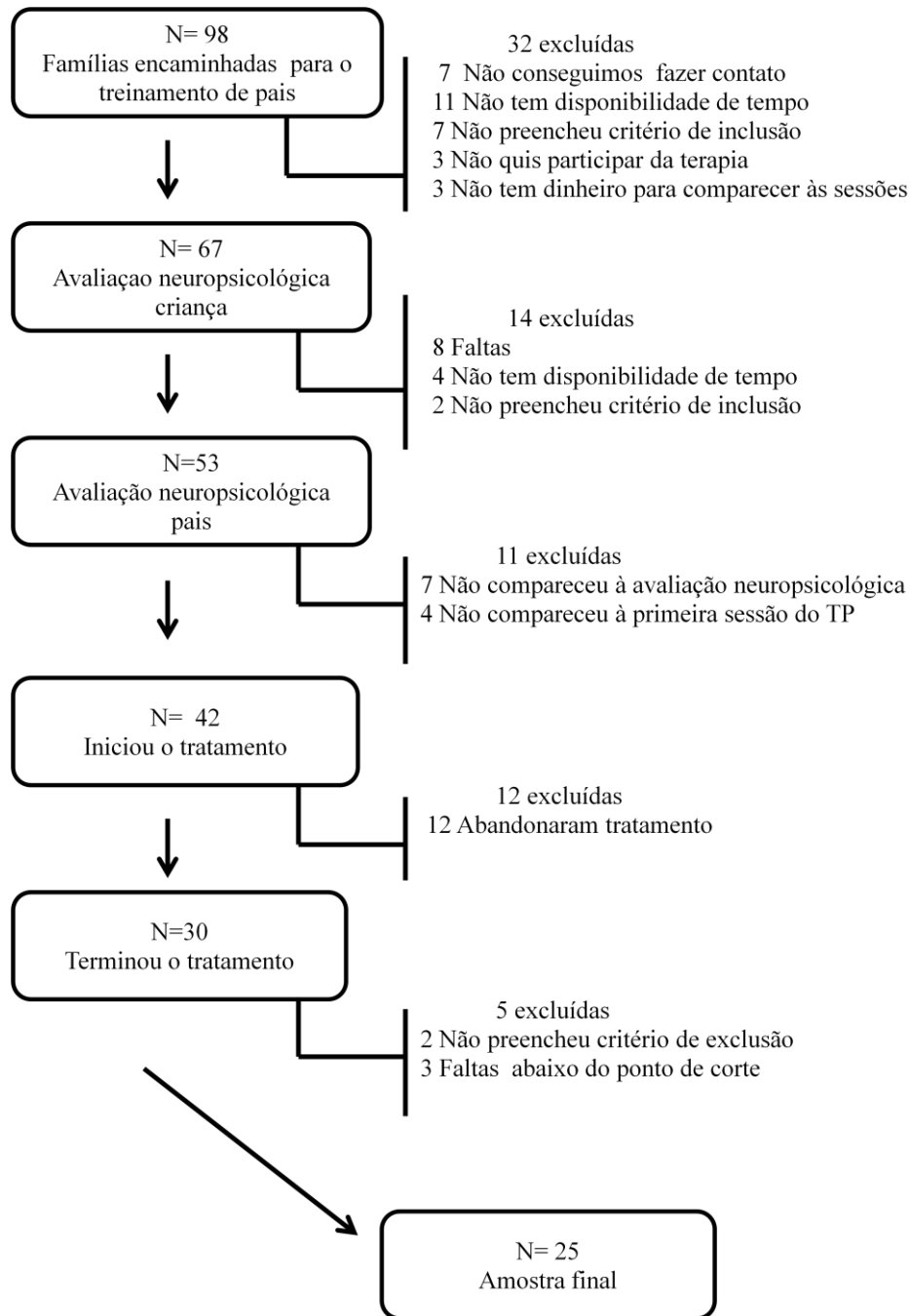
Noventa e oito crianças foram encaminhadas para a intervenção de Treinamento de Pais por seus psiquiatras durante um ano e meio de recrutamento. A Fig.2 demonstra o fluxograma de encaminhamento e seleção dos participantes, com os motivos de exclusão. Finalizaram o tratamento trinta pais, sendo que dois foram excluídos por não preencherem critérios de inclusão (uma criança teve o diagnóstico revisto para Síndrome de Asperger e com uma mãe foi levantada a suspeita de Esquizofrenia) e três pais foram excluídos, pois compareceram apenas em 50% do total de sessões.

O Grupo Tratamento teve uma média de 84% de presença nos sessões.

6.2 Características sociodemográficas e clínicas dos grupos Tratamento e Grupo Fila de espera

O Grupo Tratamento (GT) foi composto por 25 pais e o Grupo Fila de Espera (GF) foi composto por 21 pais. Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk nas variáveis dependentes e foi constatada uma distribuição não paramétrica dos dados. Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e Qui-quadrado para verificar diferenças significativas entre os grupos.

Fig. 2 Fluxograma de encaminhamento e seleção de participantes



Os dados demográficos destes pacientes encontram-se resumidos na Tabela 1. Não foram encontradas diferenças significativas entre estas variáveis nos dois grupos.

A maioria dos participantes foram mães (84%) de crianças do sexo masculino (92%) , com 2º grau completo (32%), pertencentes a classe econômica C2. Pode-se observar que a frequência de diferentes níveis de escolaridade está bem distribuída no GT.

Os resultados das escalas de linha de base referentes aos sintomas externalizantes e ao comportamento das crianças do GT e GF estão representados na Tabela 2 e os resultados das escalas de linha de base dos comportamentos e sintomas de desatenção, impulsividade e depressão dos pais estão descritos na Tabela 3. Não houve diferença significativa entre as medidas de linha de base dos dois grupos no pré-teste, demonstrando homogeneidade entre os grupos.

Tabela 1- Características demográficas do grupo tratamento e grupo fila de espera

Características	Grupo tratamento (n=25)	Grupo fila de espera (n=21)	Diferença entre grupos	
	Média (dp)	Média (dp)	Z	p-valor
Idade criança (anos)	8,60 (0,96)	8,56 (0,921)	-0,731	0,472
Idade pais (anos)	41,43 (9,74)	38,33 (9,48)	-1,051	0,300
	Freq (%)	Freq (%)	x ²	p-valor
Sexo criança (meninos)	23 (92%)	16 (76,2 %)	2,210	0,137
Parentesco				
Mãe	21 (84%)	18 (85,7%)	0,084	0,959
Pais	2 (9,5 %)	3 (12%)		
Avó	1 (4,8 %)	1 (4,8%)		
Escolaridade				
1o grau incompleto	7 (28%)	5 (23,8 %)	2,262	0,520
1o grau completo	5 (20%)	3 (14,3 %)		
2o grau completo	8 (32%)	11 (52,4 %)		
3o grau completo	5 (20%)	2 (9,5%)		
Nível Socioeconômico				
Classe B1	3 (12%)	1 (4,8%)	3,510	0,476
Classe B2	7 (23,9%)	4 (19%)		
Classe C1	9 (36%)	13 (61,9%)		
Classe C2	5 (20%)	2 (9,5%)		
Classe D	1 (4%)	1 (4,8%)		

Tabela 2 Mediana, média e desvio padrão nas escalas de linha de base do Grupo Tratamento e Grupo Fila de Espera

Variáveis de desfecho	Grupo tratamento (n=25)		Grupo fila de espera (n=21)		Diferença entre grupos	
	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Z	p-valor
SNAP-MTA						
Sintomas desatenção	7	6,44 (3,00)	8	7,10 (2,21)	-0,466	0,648
Intensidade sintomas desatenção	18	17,52 (6,04)	20	19,05 (6,14)	-8411	0,407
Sintomas hiperatividade	8	6,76 (2,80)	8	6,76 (2,61)	-0,08	0,941
Intensidade sintomas hiperatividade	18	18,00 (5,84)	19	18,86 (6,13)	-0,464	0,650
Sintomas TDO	5	4,44 (2,48)	5	4,92 (2,36)	-0,546	0,592
Intensidade sintomas TDO	13	12,64 (5,49)	13	14,38 (5,97)	-0,841	0,407
Sintomas de TC	1	2,24 (2,20)	2	1,95 (1,62)	-0,169	0,872
QSD						
Número de situações problema	14	12,52 (3,49)	13	11,43 (4,79)	-0,946	0,350
Grau de severidade da situações	4	4,76 (1,76)	5	5,14 (2,71)	-0,938	0,355
CBCL_sintomas						
Problemas de atenção	12	11,52 (4,28)	12	12,05 (4,71)	-0,576	0,572
Violação de regras	4	5,04 (3,15)	7	6,71 (4,03)	-1,518	0,131
Comportamento agressivo	18	17,76 (6,30)	22	22,10 (10,08)	-1,744	0,082
CBCL_ escalas baseadas no DSM-IV						
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	11	10,48 (2,85)	12	10,62 (3,57)	-0,511	0,616
Problemas desafiadores e opositivos	6	6,20 (1,75)	7	6,67 (2,49)	-0,929	0,359
Problemas de conduta	6	5,03 (4,96)	9	9,57 (6,42)	-1,438	0,153

Legenda: QSD-Questionário de Situações domésticas, CBCL- Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, DSM-IV- Manual de Diagnóstico estatístico de Transtornos Mentais, Dp- Desvio Padrão

Tabela 3. Mediana, média e desvio padrão nas escalas de linha de base de auto-relato parental do Grupo Tratamento e Grupo Fila de Espera

	Grupo tratamento (n=25)		Grupo fila de espera (n=21)		Diferença entre grupos	
	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Z	P
BDEFS						
Auto gerenciamento do tempo	35	35,04 (10,37)	31	33,48 (21,17)	-0,033	0,489
Auto-organização	40	41,96 (10,99)	38	38 (24,24)	-0,508	0,309
Auto-disciplina	29	33,20 (12,20)	25	27 (19,28)	-1,458	0,074
Auto-motivação	13	15,24 (5,43)	14	14,38 (8,79)	-0,723	0,238
Auto-concentração	22	24,48 (8,30)	21	20,24 (13,07)	-1,115	0,135
Total de sintomas	9	14,36 (15,39)	7	14,14 (16,98)	-0,444	0,332
ASRS						
Sintomas Desatenção	0	1,36 (2,15)	0	1,38 (1,77)	-0,208	0,421
Intensidade sintomas desatenção	12	13,04 (7,56)	14	1,57 (8,09)	-0,33	0,489
Sintomas de hiperatividade	0	1,16 (2,04)	0	1,52 (1,80)	-0,598	0,278
Intensidade sintomas hiperatividade	14	13,08 (6,50)	13	11,71 (8,74)	-0,243	0,407
BDI						
Total	11	12,24 (7,60)	9	12,24 (12,03)	-0,673	0,254

Legenda: BDEFS- Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo, ASRS- Adult Self Report Scale, BDI- Inventário de depressão de Beck, DP- desvio-padrão.

Foi realizada uma análise de frequência de medicação administrada para os dois grupos (Tabela 4). Pode-se perceber que a maioria dos pacientes estava utilizando alguma medicação no início do tratamento. Apenas duas crianças do GT sofreram alteração de sua medicação durante a terapia, com a introdução de outro medicamento em associação com o Metilfenidato. No GF três crianças sofreram mudança da medicação, sendo que uma retirou Imipramina, mantendo o Metilfenidato e outras duas introduziram um outro medicamento em associação com o Metilfenidato. Não houve diferença significativa entre a frequência no uso dos medicamentos nos dois grupos.

Tabela 4. Frequência do uso de medicamento no grupo tratamento e grupo fila de espera

Medicação	Grupo Tratamento	Grupo Fila de espera	Diferença entre grupos	
	Freq (%)	Freq (%)	X ²	p-valor
Sem medicação	7 (28%)	6 (28%)	0,002	0,966
Metilfenidato	14 (56%)	11 (57,1%)	0,006	0,938
Risperidona	4 (16%)	2 (9,5%)	0,422	0,516
Venvance	2 (8%)	0 (0%)	1,756	0,185
Sertralina	1 (4%)	1 (4,8%)	0,016	0,900
Torval	1 (4%)	0 (0%)	0,859	0,354
Amitriplina	1 (4%)	0 (0%)	0,859	0,354
Imipramina	0 (0%)	3 (14,3%)	3,821	0,051

Legenda: Freq- Frequência

A avaliação neuropsiquiátrica das crianças do GT foi realizada a partir da entrevista psiquiátrica K-sads (Brasil & Bordin, 2010). Os resultados estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Frequência dos subtipos do TDAH do grupo tratamento e das comorbidades por subtipo de TDAH e na amostra total

Diagnóstico TDAH	Freq Total(%)	Comorbidade Freq (%)						
		Sem comorbidade	TDO	TC	Depressão	Ansiedade Separação	TEPT	Fobia específica
Tipo Combinado	19 (76%)	7 (36,8%)	12 (63,2%)	2 (10,5%)	3 (15%)	2 (10%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)
Tipo Hiperativo	4 (16%)	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tipo Desatento	2 (8%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)
Amostra total	25 (100%)	9 (36%)	15 (60%)	2 (8%)	4 (16%)	2 (8%)	3 (12%)	4 (16%)

Legenda: TDAH- Transtorno do déficit de Atenção e Hiperatividade, TDO- Transtorno Desafiador Opositivo, TC- Transtorno de Conduta, TEPT- Transtorno do estresse pós traumático, Freq- Frequência.

A maioria das crianças da amostra possuía o diagnóstico de TDAH do tipo combinado. 36% das crianças com TDAH não apresentaram comorbidade com outro transtorno. A comorbidade mais frequente foi o Transtorno de Desafiador Opositivo, representando 60% das crianças com TDAH.

6.3 Comparações das medidas de linha de base do grupo Tratamento e Grupo desistente

Tabela 6. Média e desvio padrão nas escalas de linha de base do Grupo Tratamento e Grupo desistente

	Grupo tratamento (n=25)		Grupo Desistente (n=12)		Diferença entre grupos	
	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Z	p
SNAP-MTA						
Sintomas desatenção	7	6,44 (3,00)	6	6,09 (2,80)	-0,300	0,787
Intensidade sintomas desatenção	18	17,52 (6,04)	16	16,09 (4,84)	-0,847	0,416
Sintomas hiperatividade	8	6,76 (2,80)	6	5,64 (2,80)	-1,090	0,292
Intensidade sintomas hiperatividade	18	18,00 (5,84)	16	15,91 (5,14)	-1,326	0,195
Sintomas TDO	5	4,44 (2,48)	5	4,64 (2,20)	-0,104	0,919
Intensidade sintomas TDO	13	12,64 (5,49)	13	12,45 (4,18)	-0,069	0,946
Sintomas de TC	1	2,24 (2,20)	2	2,60 (2,88)	-0,243	0,815
QSD						
Número de situações problema	14	12,52 (3,49)	14	13,18 (3,54)	-0,677	0,520
Grau de severidade da situações	4	4,76 (1,76)	4,6	4,34 (2,15)	-0,191	0,866
CBCL_sintomas						
Problemas de atenção	12	11,52 (4,28)	14	12,91 (3,98)	-0,863	0,396
Violação de regras	4	5,04 (3,15)	6	7,09 (4,38)	-1,609	0,115
Comportamento agressivo	18	17,76 (6,30)	24	22,36 (12,20)	-1,118	0,276
CBCL_ escalas orientadas pelo DSM-IV						
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	11	10,48 (2,85)	12	11,09 (2,63)	-0,572	0,588
Problemas desafiadores e opositivos	6	6,20 (1,75)	7	8,64 (6,36)	-1,297	0,207
Problemas de conduta	6	5,03 (4,96)	6	8,45 (6,36)	-0,673	0,520

Legenda: QSD-Questionário de Situações domésticas, CBCL- Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, DSM-IV- Manual de Diagnóstico estatístico de Transtornos Mentais, Dp- Desvio Padrão

Doze pais de crianças que iniciaram o tratamento ao longo dos cinco grupos desistiram de participar. Entre os principais motivos, os pais relataram mudanças na sua rotina de trabalho, indisponibilidade de tempo e dificuldade para comparecer às sessões semanais. Foi

realizada uma análise entre as escalas de linha de base do Grupo Tratamento e do Grupo Desistente, com intuito de verificar se houve diferença entre a intensidade dos sintomas e problemas de comportamento das crianças (Tabela 6) e a intensidade dos sintomas de desatenção, hiperatividade e desatenção e dificuldades no funcionamento executivo dos pais (Tabela 7).

Tabela 7. Média e desvio padrão nas escalas de linha de base de auto-relato parental do Grupo Tratamento e Grupo desistente

	Grupo tratamento (n=25)		Grupo Desistente (n=14)		Diferença entre grupos	
	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Z	p
BDEFS						
Auto gerenciamento do tempo	35	35,04 (10,37)	40	40,71 (12,86)	-1,423	0,157
Auto-organização	40	41,96 (10,99)	44,5	46,29 (16,59)	-0,645	0,534
Auto-disciplina	29	33,20 (12,20)	34,5	7,79 (13,31)	-1,158	0,251
Auto-motivação	13	15,24 (5,43)	15	17,93 (6,68)	-1,837	0,071
Auto-concentração	22	24,48 (8,30)	20,5	24,86 (10,30)	-0,073	0,942
Total de sintomas	9	14,36 (15,39)	17	20,00 (20,35)	-0,689	0,496
ASRS						
Sintomas Desatenção	0	1,36 (2,15)	0	2,86 (5,78)	-0,102	0,919
Intensidade sintomas desatenção	12	13,04 (7,56)	13	13,00 (8,86)	-0,210	0,851
Sintomas de hiperatividade	0	1,16 (2,04)	1	2,14 (2,95)	-0,557	0,592
Intensidade sintomas hiperatividade	14	13,08 (6,50)	12	12,93 (10,46)	-0,927	0,392
BDI						
Total	11	12,24 (7,60)	14	15,36 (9,27)	-0,982	0,331

Legenda: BDEFS- Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo, ASRS- Adult Self Report Scale, BDI- Inventário de depressão de Beck, DP- desvio-padrão.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, sugerindo que a gravidade dos sintomas das crianças e dos pais não foi um possível fator que contribuiu para a desistência dos pais em participarem da terapia.

6.4 Eficácia do tratamento

Para avaliar a eficácia do tratamento, foi realizado o teste dos postos com sinais de Wilcoxon (intra-grupos) com os dados das escalas de linha de base do Grupo Tratamento e do Grupo Fila de Espera. Os resultados estão representados na tabela 8.

Houve uma redução significativa dos sintomas de desatenção (Mediana=7) relatados pelos pais através do MTA_SNAP-IV antes do tratamento e depois do tratamento (Mediana=3), $T= 5,25$, $p= 0,01$ $r=-0,483$, assim como a intensidade dos sintomas de desatenção relatados pelos pais em T1 (Mediana=18) foi significativamente maior do que em T2 (Mediana= 11) , $T=6,25$, $p= 0,02$, $r= 0,446$. Houve uma redução significativa dos problemas de atenção relatados no CBCL pelos pais em T1 (Mediana=12) e T2 (Mediana=9), $T=9,25$, $p=0,01$, $r=-0,458$. As crianças cujos pais participaram do treinamento de pais tiveram uma redução significativa nos problemas de atenção relatados. Não houve redução significativa para estes sintomas no Grupo Fila de Espera.

Os sintomas de hiperatividade relatados pelos pais através do MTA-SNAP-IV tiveram uma redução significativa de T1 (Mediana=8) para T2 (Mediana=3), $T=9,50$, $p=0,00$, $r=-0,514$. O mesmo ocorreu com a intensidade dos sintomas de hiperatividade entre T1 (Mediana= 18) e T2 (Mediana=12), $T=9,50$, $p=0,000$, $r=-0,537$. Não houve redução significativa para estes sintomas no Grupo Fila de Espera.

Em relação aos sintomas do Transtorno Desafiador Opositivo relatados pelos pais do GT através do MTA-SNAP-IV, o total de sintomas caiu de T1 (Mediana=5) e T2 (Mediana=2), $T=4,50$, $p=0,01$, $r=-0,468$. O mesmo ocorreu com os resultados da intensidade dos sintomas de TDO antes (Mediana=13) e depois do tratamento (Mediana=9), $T=7,67$, $p=0,00$, $r=0,469$. Não houve redução significativa para estes sintomas no Grupo Fila de Espera.

Não houve mudança significativa nos sintomas de Transtorno de Conduta em T1 (Mediana=1) e T2 (Mediana=1). $T=9,00$, $p=0,110$, $r=-0,226$ no Grupo Tratamento. Porém houve uma redução significativa dos sintomas do TC de T1(Mediana=2) para T2 (Mediana=1), $T=7,43$, $p=0,028$, $r=-0,339$.

Em relação às situações nas quais as crianças desobedecem a seus pais e a severidade dessas desobediências, foi relado pelo GT uma redução significativa desses problemas, $T=8,75$, $p=0,028$, $r=-0,311$ e $T=8,75$, $p=0,006$, $r=-0,391$. Não houve redução significativa para estes sintomas no Grupo Fila de Espera.

Os escores para problemas de violação de regras relatados pelos pais do GT pelo CBCL caíram de T1(Mediana=4) para T2(Mediana=3), $T=8,75$, $p=0,015$, $r=-0,343$. O mesmo ocorreu com os escores para comportamentos agressivos relatados pelos pais do GT em T1 (Mediana=18) e T2 (Mediana=13), $T=8,92$, $p=0,03$, $r=-0,415$. . Não houve redução significativa para estes problemas no Grupo Fila de Espera.

Os escores obtidos pelas escalas orientadas pelo DSM-IV fornecidas pelo relato dos problemas pelos pais do GT no CBCL revelaram uma diminuição dos Problemas relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ($T=8,13$, $p=0,01$, $r=-0,457$), Problemas Oposição e desafio ($T=10,92$, $p=0,025$, $r=0,317$) e Problemas de Conduta ($T=8,30$, $p=0,003$, $r=-0,418$). Não houve redução significativa nestas escalas para o Grupo Fila de Espera.

Houve um tamanho de efeito de médio a grande (Field, A., 2009) na redução dos sintomas e problemas de comportamento relatados.

Tabela 8. Média e desvio padrão em T1 e T2 nos dois grupos nas escalas de linha de base e escalas finais.

Variáveis de desfecho	Grupo tratamento (n=25)						Grupo fila de espera (n=21)					
	Pré		Pós		p-valor	Tamanho de efeito(r)	Pré		Pós		p-valor	Tamanho de efeito(r)
	Mediana	Media(dp)	Mediana	Media(dp)			Mediana	Media(dp)	Mediana	Media(dp)		
SNAP-MTA												
Sintomas desatenção	7	6,44 (3,00)	3	3,84 (3,50)	,001	-,483	8	7,10 (2,21)	8	6,48 (2,73)	,152	-,221
Intensidade sintomas desatenção	18	17,52 (6,03)	11	12,88 (5,75)	,002	-,446	20	19,05 (6,14)	18	18,00 (5,56)	,285	-,165
Sintomas hiperatividade	8	6,76 (2,80)	3	3,80 (3,20)	,000	-,514	8	6,76 (2,60)	8	6,81 (2,63)	,818	-,035
Intensidade sintomas hiperatividade	18	18,00 (5,84)	12	12,16 (5,38)	,000	-,537	19	18,86 (6,12)	18	19,29 (6,98)	,824	-,034
Sintomas TDO	5	4,44 (2,48)	2	2,44 (2,58)	,001	-,468	5	4,90 (2,36)	5	4,86 (2,17)	,855	-,028
Intensidade sintomas TDO	13	12,64 (5,49)	9	8,48 (4,64)	,000	-,496	13	14,38 (5,97)	14	11,49 (5,50)	,695	-,061
Sintomas de TC	1	2,24 (2,20)	1	1,48 (1,55)	,110	-,226	2	1,95 (1,62)	1	1,38 (1,56)	,028	-,339
QSD												
Número de situações problema	14	12,52 (3,79)	12	11,00 (4,14)	,028	-,311	13	11,43 (4,79)	13	11,48 (4,93)	,876	-,024
Grau de severidade da situações	4	4,76 (1,76)	4	3,80 (1,70)	,006	-,391	5	5,14 (2,70)	5	4,43 (2,71)	,159	-,218
CBCL_sintomas												
Problemas de atenção	12	11,52 (4,28)	9	8,96 (3,91)	,001	-,458	12	12,05 (4,70)	11	11,24 (3,17)	,089	-,262
Violação de regras	4	5,04 (3,15)	3	3,80 (3,06)	,015	-,343	7	6,71 (4,04)	6	6,48 (4,38)	,669	-,066
Comportamento agressivo	18	17,76 (6,30)	13	13,76 (6,48)	,003	-,415	22	22,10 (10,08)	19	20,67 (8,73)	,196	-,200
CBCL_escalas orientadas pelo DSM-IV												
Déficit de atenção e hiperatividade	11	10,48 (2,86)	8	8,32 (3,05)	,001	-,457	12	10,62 (3,57)	10	10,48 (2,31)	,339	-,148
Problemas desafiadores e opositivos	6	6,20 (1,76)	5	5,16 (2,29)	,025	-,317	7	6,67 (2,49)	7	7,52 (4,66)	,924	-,015
Problemas de conduta	6	7,08 (4,97)	3	4,92 (4,60)	,003	-,418	9	9,57 (6,42)	7	8,57 (5,75)	,235	-,183

Legenda: QSD-Questionário de Situações domésticas, CBCL- Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, DSM-IV- Manual de Diagnóstico estatístico de Transtornos Mentais, Dp- Desvio Padrão

6.5 Análise dos preditores de eficácia

6.5.1 Análises descritiva da variável dependente

Para determinar a taxa de resposta ao tratamento, foi calculada a variação da intensidade dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade e sintomas do transtorno desafiador opositivo através do MTA-SNAP-IV antes e depois do tratamento, através da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de resposta} = \text{Intensidade dos sintomas (inicial)} - \text{Intensidade dos sintomas (final)}.$$

As estatísticas descritivas da taxa de resposta das três variáveis dependentes estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9. Média e desvio padrão da taxa de resposta

	Média	Desvio padrão
SNAP-MTA		
Intensidade sintomas desatenção	4,88	5,64
Intensidade sintomas hiperatividade	5,84	5,48
Intensidade sintomas TDO	4,16	4,90

Legenda. TDO: Transtorno desafiador opositivo

6.5.2 Seleção das variáveis independentes

Foi conduzida uma análise de correlação utilizando o coeficiente de Pearson para a seleção de variáveis que seriam introduzidas no modelo de regressão.

Os resultados da correlação entre as variáveis dependentes e o desempenho dos pais nos testes neuropsicológicos do GT estão representados na tabela 10.

Foi encontrada uma correlação moderada positiva entre a taxa de resposta dos Sintomas do Transtorno Desafiador Opositivo relatados pelos pais e a quantidade de erros perseverativos que os pais obtiverem no teste de Classificação de Cartas de Wisconsin, $r=$

0,531, $p=0,009$. Esse resultado sugere que os pais que tiveram mais dificuldade em flexibilizar a sua resposta diante de mudanças nas contingências da tarefa também obtiveram uma maior taxa de resposta ao tratamento. Não houve correlação significativa entre a taxa de resposta ao tratamento nos sintomas de desatenção e hiperatividade das crianças com o desempenho dos pais nos testes neuropsicológicos.

Tabela 10. Correlação entre taxa de mudança e desempenhos dos pais nos testes neuropsicológicos

Testes neuropsicológicos	Taxa de mudança da intensidade dos sintomas		
	Desatenção	Hiperatividade	TDO
Raven			
Pontuação total	-,177	-,180	,056
Figura de Rey			
Evocação	-,197	-,210	-,004
IGT			
Tendência Geral	-,265	-,302	,174
Dígitos Wais			
Span de dígitos	-,325	-,229	-,069
Span de dígitos inverso	-,135	-,171	-,147
Wisconsin			
Erros perseverativos	,088	-,061	,531**
Categorias completadas	-,183	-,280	-,245
Ensaio 1a categoria	,366	,393	,231
CPT			
Omissões	-,326	-,251	,068
Comissões	-,198	-,100	,000
Hit-RT_ Tempo de reação	-,300	-,245	-,003
Variabilidade do tempo de reação	-,054	-,094	-,089
Perseverações	-,296	-,395	,327

Legenda: IGT - Iowa Gambling Task, CPT- Continuous Performance Test, TDO- Transtorno Desafiador opositivo.

** $p<0,001$,

Os resultados da correlação entre as variáveis dependentes e o relato dos pais sobre seus sintomas de desatenção, hiperatividade, depressão e dificuldade no funcionamento executivo estão relatadas na Tabela 11.

Tabela 11. Correlação entre taxa de mudança e o auto-relato dos pais nas escalas

Escalas	Taxa de mudança na intensidade dos sintomas		
	Desatenção	Hiperatividade	TDO
BDEFS			
Auto manejo do tempo	-,110	-,027	,165
Auto-organização	,254	,323	,137
Auto-disciplina	-,029	,002	,404*
Auto-motivação	-,127	-,156	,104
Auto-concentração	,032	-,029	,402*
Total de sintomas	-,035	-,026	,352
ASRS			
Sintomas Desatenção	,129	,157	,208
Intensidade sintomas desatenção	,097	,231	,227
Sintomas de hiperatividade	-,219	-,118	,461*
Intensidade sintomas hiperatividade	-,085	,092	,386
BDI			
Total	,189	,143	,200

Legenda: BDEFS- Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, ASRS- Adult Self Report Scale, BDI- Inventário de depressão de Beck, TDO- Transtorno Desafiador Opositivo.

* $p < 0,05$

Foi encontrada uma correlação moderada positiva entre a taxa de respostas dos sintomas de Transtorno Desafiador Opositivo e a pontuação dos pais no relato de autodisciplina ($r=0,404$, $p=0,045$), auto-concentração ($r=0,402$, $p=0,046$) e com sintomas de hiperatividade ($r=0,461$, $p=0,020$). Pais que relataram dificuldade com a auto-disciplina, ou seja, dificuldade com a capacidade de inibir reações impulsivas aos eventos, que relataram dificuldade de concentração e sintomas mais elevados de hiperatividade obtiveram uma maior taxa de resposta ao tratamento. Não houve correlação significativa entre a taxa de resposta ao tratamento nos sintomas de desatenção e hiperatividade das crianças com os sintomas de desatenção, hiperatividade, depressão e funcionamento executivo dos pais.

Os resultados da correlação entre as variáveis dependentes e o desempenho das crianças nos testes neuropsicológicos estão relatados na Tabela 12.

Foi encontrada uma correlação moderada positiva entre a taxa de respostas dos sintomas de desatenção e a pontuação das crianças nos índices de erros por omissão ($r=0,482$,

$p=0,020$) e erros por ação ($r=0,565$, $p=0,005$) na tarefa de alternância de conceitos do TAVIS-IV e na pontuação do índice de Ensaio para completar primeira categoria do Wisconsin das crianças ($r=0,435$, $p=0,043$). Crianças que apresentaram desempenho característico de desatenção e impulsividade em uma tarefa de atenção dividida e dificuldade com a flexibilidade cognitiva e raciocínio abstrato obtiveram uma maior taxa de melhora dos sintomas de desatenção quando seus pais participaram do Treinamento de Pais.

Foi encontrada uma correlação moderada positiva entre a taxa de resposta dos sintomas de hiperatividade e a pontuação das crianças no índice de erros por ação ($r=0,494$, $p=0,016$) na tarefa de alternância de conceitos do TAVIS-IV. Crianças que apresentaram desempenho característico de impulsividade na tarefa de atenção dividida obtiveram uma maior taxa de melhora dos sintomas de desatenção quando seus pais participaram do Treinamento de Pais.

Não houve correlação significativa entre a taxa de resposta ao tratamento nos sintomas do Transtorno Desafiador Opositivo e o desempenho das crianças nos testes neuropsicológicos.

A tabela 13 demonstra os resultados das correlações entre as variáveis dependentes e as variáveis demográficas e clínicas. Não houve correlação significativa entre as taxas de resposta ao tratamento e a porcentagem de presença dos pais no grupo, idade dos pais e das crianças, anos de estudos dos pais, nível sócio-econômico das famílias e a quantidade de diagnósticos identificados na criança, representando as comorbidades com o TDAH.

Tabela 12. Correlação entre taxa de mudança e desempenhos dos filhos nos testes neuropsicológicos

Testes neuropsicológicos	Taxa de mudança na intensidade dos sintomas		
	Desatenção	Hiperatividade	TDO
Raven			
Pontuação total	-,346	-,265	-,249
IGT			
Tendencia Geral	-,343	-,276	,064
Cinco dígitos			
Tempo _ inibição	,072	-,023	,182
Erros_ inibição	,264	,313	,189
Tempo_Flexibilidade	,072	-,023	,182
Erros_Flexibilidade	,264	,313	,189
Dígitos Wisc-III			
Span de dígitos	,172	,192	-,043
Span de digitos inverso	,056	,201	-,143
Tavis			
Tempo de reação_ tarefa 1	,124	,176	,091
Erros por omissão_ Tarefa 1	,215	,126	,207
Erros por ação_ Tarefa 1	,168	,107	,147
Tempo de reação_ tarefa 2	,320	,175	-,012
Erros por omissão_ Tarefa 2	,482*	,341	,341
Erros por ação_ Tarefa 2	,565**	,494*	,190
Tempo de reação_ tarefa 3	,341	,308	,247
Erros por omissão_ Tarefa 3	-,028	-,075	,057
Erros por ação_ Tarefa 3	,153	,087	,283
Wisconsin			
Erros perseverativos	,015	-,026	,159
Categorias completadas	-,253	-,181	-,241
Ensaio 1a categoria	,435*	,330	,368

Legenda: IGT - Iowa Gambling Task, TDO- Transtorno Desafiador opositivo.

*p<0,05, **p<0,01

Tabela 13. Correlação entre a taxa de mudança e características clínicas e sociodemográficas

Características	Taxa de mudança na intensidade dos sintomas		
	Desatenção	Hiperatividade	TDO
Porcentagem de presença	-,084	-,202	-,045
Idade da criança	-,009	-,079	-,046
Idades dos pais	-,392	-,279	-,352
Anos de estudos pais	-,177	-,179	-,068
Níveis socioeconômico	,075	,039	,084
Quantidade de diagnósticos criança	-,237	-,143	-,194

Legenda: TDO- Transtorno Desafiador opositivo.

6.5.3 Análise de regressão múltipla

Para avaliar os preditores de eficácia da intervenção de Treinamento de Pais, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla com a taxa de resposta na intensidade dos sintomas de desatenção, hiperatividade e TDO das crianças como variáveis dependentes em três modelos. As variáveis independentes foram as variáveis que obtiveram correlações significativas com as respectivas variáveis dependentes considerando o nível de significância de 10%, conforme tabelas 9 a 12. Para controlar os níveis iniciais de sintomas da criança, foi incluído no modelo a intensidade dos sintomas das crianças relatados pelos pais antes do início do Treinamento de Pais. Foi utilizado o método stepwise.

Foi realizado o primeiro modelo de regressão com a taxa de resposta da intensidade de sintomas de desatenção como variável dependente e as variáveis que obtiveram correlações significativas com a variável dependente considerando o nível de significância de 10%. O modelo de regressão obtido foi significativo ($F= 9,729$, $p= 0,002$). Após a exclusão das variáveis independentes não-significativas, o modelo final ajustado foi composto pela variável denominada intensidade de sintomas de desatenção e Erros por ação na tarefa de alternância de conceitos do TAVIS_IV, que explicou 0,48 (R^2) da variabilidade relatada. Esse resultado

indica que uma elevada intensidade de sintomas de desatenção antes do Treinamento de Pais e características de impulsividade na tarefa de atenção dividida foram responsáveis por 48% da variância no aumento da taxa de resposta à intervenção. O aumento de uma unidade no escore referente aos sintomas de desatenção antes do TP aumenta em 0,428 pontos a taxa de resposta à intervenção. O aumento de uma unidade no escore referente a erros por ação na tarefa de atenção dividida aumenta em 0,176 pontos a taxa de resposta à intervenção. Os resultados estão representados na Tabela 14.

Tabela 14. Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas de desatenção.

Variáveis independentes	B	Erro padrão	Beta
Constante	-4,504	2,863	
Intensidade de sintomas de desatenção	0,428	0,161	0,458*
<u>Tavis_Alternância de conceitos_Erros por ação</u>	<u>0,176</u>	<u>0,066</u>	<u>0,457*</u>

Variável dependente: taxa de mudança na intensidade dos sintomas de desatenção.

$R^2=0,53$, $\Delta R^2=0,48$ ($p<0,05$)

* $p<0,05$

Foi realizado o segundo modelo de regressão com a taxa de resposta da intensidade de sintomas de hiperatividade/impulsividade como variável dependente e as variáveis que obtiveram correlações significativas com a variável dependente considerando o nível de significância de 10%. O modelo de regressão obtido foi significativo ($F=10,279$, $p=0,006$). Após a exclusão das variáveis independentes não-significativas, o modelo final ajustado foi composto pela variável Erros por ação na tarefa de alternância de conceitos do TAVIS_IV, que explicou 0,35 (R^2) da variabilidade relatada. Esse resultado indica que características de impulsividade na tarefa de atenção dividida foram responsáveis por 35% da variância no aumento da taxa de resposta à intervenção. O aumento de uma unidade no escore referente à erros por ação na tarefa de atenção dividida aumenta em 0,212 pontos a taxa de resposta à intervenção. Os resultados estão representados na Tabela 15.

Tabela 15. Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Variáveis independentes	B	Erro padrão	Beta
Constante	3,177	1,201	
Tavis_Alternância de conceitos_Erros por ação	0,212	0,66	0,625*

Variável dependente: taxa de mudança na intensidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade.

$R^2=0,39$, $\Delta R^2= 0,35$ ($p<0,05$)

* $p<0,05$

Foi realizado o terceiro modelo de regressão com a taxa de resposta da intensidade de sintomas desafiadores e opositivos como variável dependente e as variáveis que obtiveram correlações significativas com a variável dependente considerando o nível de significância de 10%. O modelo de regressão obtido foi significativo ($F=13,551$, $p= 0,000$). Após a exclusão das variáveis independentes não-significativas, o modelo final ajustado foi composto pela variável denominada intensidade de sintomas desafiadores opositivos e os erros perseverativos dos pais no teste neuropsicológico Wisconsin, que explicou 0,51 (R^2) da variabilidade relatada. Esse resultado indica que uma elevada intensidade de sintomas desafiadores e opositivos antes do Treinamento de Pais e dificuldade dos pais flexibilizarem a sua resposta diante de mudanças nas contingências da tarefa foram responsáveis por 51% da variância no aumento da taxa de resposta à intervenção. O aumento de uma unidade no escore referente aos sintomas desafiadores e opositivos antes do TP aumenta em 0,506 pontos a taxa de resposta à intervenção. O aumento de uma unidade no escore nos erros perseverativos dos pais no Wisconsin aumenta em 0,481 pontos a taxa de resposta à intervenção. Os resultados estão representados na Tabela 16.

Tabela 16 . Modelo de regressão linear múltipla para variável taxa de resposta na intensidade dos sintomas desafiadores e opositivos.

Variáveis independentes	B	Erro padrão	Beta
Constante	-8,004	2,487	
Intensidade de sintomas desafiadores e opositivos	0,506	0,128	0,566*
<u>Wisconsin_Erros perseverativos _pais</u>	<u>0,481</u>	<u>0,160</u>	<u>0,432*</u>

Variável dependente: taxa de mudança na intensidade dos sintomas desafiadores e opositivos.
R²= 0,55, ΔR²= 0,51 (p<0,05)

* p<0,05

7. Discussão:

Os resultados deste estudo corroboram para a eficácia do Treinamento de Pais em grupo em reduzir os sintomas de desatenção, hiperatividade, comportamentos desafiadores e opositivos, comportamentos de violação de regras e de agressividade e desobediência em várias situações cotidianas assim como a severidade dessa desobediência daquelas crianças cujos pais participaram do Treinamento de Pais. Não houve redução significativa destes sintomas e comportamentos nas crianças do Grupo Fila de Espera, indicando que a melhora dos sintomas do Grupo Tratamento está relacionada à psicoterapia oferecida.

A maioria das crianças da amostra possuía o diagnóstico de TDAH do tipo combinado. 36% das crianças da amostra não apresentavam comorbidade com outro transtorno e o Transtorno Desafiador Opositivo foi a comorbidade mais frequente. Assim, o Treinamento de Pais em grupo se mostrou efetivo na melhora de sintomas de TDAH e também nos sintomas associados às outras comorbidades.

Não houve redução significativa dos sintomas do Transtorno de Conduta no Grupo Tratamento e contrário às nossas expectativas, houve redução significativa destes sintomas no Grupo Fila de Espera. Porém estes dados devem ser interpretados com cautela devido à baixa frequência destes sintomas nos grupos. A média de sintomas na linha de base no GT foi de

um sintoma e no GF dois sintomas, sendo que esta diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. No grupo tratamento, apenas duas crianças da amostra apresentavam sintomas suficientes para preencher os critérios diagnósticos de Transtorno de Conduta segundo o DSM-IV (APA, 1995).

A taxa de desistência em participar do Treinamento de Pais foi de 46%. Estas desistências aconteceram principalmente entre a primeira e segunda sessão do Treinamento e entre as principais razões citadas pelos pais está a dificuldade em se organizar em relação ao horário e frequência semanal da terapia. O estudo foi realizado em um centro de referência que recebe encaminhamentos de todas as regiões de Belo Horizonte e do estado de Minas Gerais, o que pode dificultar o acesso destes pais ao tratamento, diferentemente do que ocorre com outros estudos que são realizados com os pais nas escolas dos filhos ou nos centros de saúde perto da residência das famílias (Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Engeland & Matthys, 2012). Foram investigadas a influência dos sintomas das crianças e sintomas de desatenção, hiperatividade, depressão e dificuldades no funcionamento executivo dos pais que desistiram e daqueles que concluíram a terapia, porém não foram encontradas diferenças significativas desses sintomas entre os grupos.

Houve uma associação positiva entre as taxas de melhora dos sintomas de desatenção das crianças e a tendência das crianças em responderem de forma desatenta e impulsiva na tarefa de atenção dividida e dificuldade com a flexibilidade cognitiva e raciocínio abstrato. Estes resultados sugerem uma relação entre o pior desempenho nesses domínios das funções executivas e uma maior melhora nos sintomas das crianças após seus pais passarem pelo tratamento.

A análise dos preditores de eficácia na redução dos sintomas de desatenção indicou que uma elevada intensidade de sintomas de desatenção antes do Treinamento de Pais e

características de impulsividade na tarefa de atenção dividida, foi capaz de prever a taxa de resposta à intervenção. Crianças que apresentavam maior dificuldade em inibir suas respostas quando precisaram dividir a sua atenção entre duas tarefas concorrentes e crianças que apresentavam sintomas mais elevados de desatenção, tiveram maior redução da sintomatologia após a intervenção comportamental.

Na mesma direção, houve uma associação positiva entre as taxas de melhora dos sintomas de hiperatividade e impulsividade das crianças e a tendência das crianças em responderem de forma impulsiva na tarefa de atenção dividida. A análise dos preditores de eficácia na redução dos sintomas de hiperatividade indicou que características de impulsividade na tarefa de atenção dividida foram capazes de prever a taxa de resposta à intervenção.

Estes resultados são consistentes com estudos que encontraram uma maior redução dos problemas externalizantes após o TP em crianças com transtorno de conduta e elevados problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade antes do TP (Hartman, Stage & Webster-Stratton, 2003), (Beuchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005), (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006). No entanto tais resultados são inconsistentes com outro que encontrou efeitos negativos moderados de uma maior severidade dos sintomas nas crianças antes do tratamento nos resultados após o TP (Reyno, 2006).

Kidd et al (2012) salienta a importância dos cuidadores no desenvolvimento das funções executivas nas crianças. Estas estão relacionadas aos circuitos fronto-estriatais, ligadas ao córtex pré-frontal e possuem um desenvolvimento cerebral pós-natal, atingindo a maturidade no início da vida adulta (Fuster, 2008). Cosenza & Guerra (2011) enfatizam a importância dos educadores e cuidadores na criação de condições para que a criança desenvolva e adquira estas habilidades. Crianças com TDAH apresentam déficits nas funções executivas (Willcutt, E.G., Doyle A.E., Nugg, J.T., Faraone, S.V., Pennington, B.F., 2005) e necessitam

ser educadas de uma forma diferente, reconhecendo estas dificuldades e elaborando estratégias compensatórias para estes déficits. O Treinamento de pais, através da psicoeducação sobre as principais dificuldades das crianças com TDAH e das técnicas ensinadas para os pais, como outras maneiras de dar instruções para as crianças e diferentes formas de recompensar as crianças pelos bons comportamentos, por exemplo, permite que os pais estabeleçam e ensinem para as crianças estratégias compensatórias para as suas dificuldades. Nesse sentido, crianças com elevados sintomas de TDAH e maiores dificuldades atencionais tiveram uma maior melhora sintomas de TDAH iniciais após a participação de seus pais no TP.

Não foi encontrada associação entre a taxa de resposta à intervenção em relação aos sintomas de desatenção e hiperatividade das crianças e entre as variáveis neuropsicológicas parentais; sintomas de desatenção, hiperatividade, depressão e dificuldades no funcionamento executivo dos pais; quantidade de diagnósticos identificados na criança, representando as comorbidades com o TDAH e as variáveis sociodemográficas, como nível socioeconômico, idade e escolaridade. Esse resultado sugere que a melhora nos sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade das crianças após o Treinamento de Pais não está relacionada às variáveis parentais relatadas antes do tratamento.

O presente estudo foi realizado dentro de um contexto clínico de saúde pública, no qual as crianças foram encaminhadas pelo serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas-UFMG. A ausência de associação entre o nível socioeconômico e a escolaridade dos pais e a taxa de resposta à intervenção é de extrema importância, considerando que o tratamento foi oferecido para pais de diferentes escolaridades e pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos. A ausência de associação entre a presença de comorbidades na criança e a eficácia do tratamento também se torna relevante, considerando que a presença de comorbidades em crianças com TDAH é muito frequente

(Steele, M., Jensen, P.S., Quin, D.M., 2006), tornando mais provável que sejam encaminhadas crianças com a presença de comorbidade para o Treinamento de Pais.

Em relação à taxa de melhora dos sintomas do Transtorno Desafiador Opositivo, houve uma associação entre essa taxa e a dificuldade dos pais em flexibilizar a sua resposta diante de mudanças nas contingências de uma tarefa, dificuldade com a capacidade de inibir reações impulsivas aos eventos, dificuldade de concentração e sintomas mais elevados de hiperatividade. Esses resultados indicam que pais que relataram na linha de base mais dificuldade com a autoregulação da atenção, impulsividade, hiperatividade e flexibilidade cognitiva se beneficiaram mais do Treinamento de Pais. Esses resultados são contrários a outros estudos que relatam que sintomas de TDAH nas mães estão associados a piores resultados na terapia. (Chronis et al., 2004), (Sonuga-Barke et al., 2002). Porém, os sintomas de TDAH na nossa amostra foram medidos dimensionalmente e apenas uma mãe se preencheu os critérios diagnósticos para o TDAH segundo o DSM-IV (APA, 1995), o que dificulta a comparação com os outros estudos.

A análise de preditores da taxa de resposta dos sintomas desafiadores e opositivos indicam que uma elevada intensidade de sintomas desafiadores e opositivos antes do Treinamento de Pais e a dificuldade dos pais em flexibilizar a sua resposta diante de mudanças nas contingências foram capazes de prever um maior benefício na redução dos sintomas de TDO das crianças. Quando estão em uma situação de desobediência do filho, os pais devem avaliar a situação e as respostas possíveis para regular os seus pensamentos e emoções e responder efetivamente, reduzindo os comportamentos problema da criança (Deater-Deckard et al., 2012). Assim, pais com déficits na capacidade de flexibilizar a sua resposta podem ter dificuldade em identificar o problema e gerar outras soluções para um conflito com o filho quando estiver utilizando uma estratégia que não está sendo efetiva.

Por outro lado, crianças com Transtorno Desafiador Opositivo, frequentemente desafiam ativamente as figuras de autoridade, discutem com os adultos, fazem coisas de propósito que incomodam outras pessoas, são zangadas e ressentidas, descontrolam-se com facilidade, são mais irritáveis, fazem coisas de propósito que incomodam outras pessoas e são maldosos ou vingativos (APA, 1995). Diante desses comportamentos, é frequente que os pais utilizarem mais estratégias coercitivas de controle do comportamento e se descontrolarem emocionalmente no momento de disciplinar a criança, apesar de reconhecer que estas estratégias nem sempre são eficazes e acabam gerando sentimentos desagradáveis, como a culpa por ter interagido com a criança de uma modo agressivo ou muito autoritário. Pais com déficits na flexibilidade cognitiva podem ter dificuldade em encontrar outras estratégias diferentes destas que não estão sendo efetivas. O Treinamento de Pais tem como objetivo esclarecer aos pais as influências desses métodos coercitivos no comportamento das crianças e sugerir outros métodos e estratégias mais eficazes, como o reforçamento de comportamentos adequados, mudanças na forma de dar ordens às crianças, estratégias para controle emocional dos pais e outros métodos punitivos que não sejam coercitivos. Assim, pais com maior dificuldade em flexibilizar seu comportamento e crianças com uma severidade maior dos sintomas, após obter uma ajuda explícita sobre outras formas de agir com a criança, tiveram uma maior taxa de resposta em relação comportamentos desafiadores e opositivos dos filhos.

O presente trabalho utilizou somente escalas de auto-relato como medidas de desfecho dos sintomas e comportamentos associados aos transtornos externalizantes nas crianças. Porém, apesar dessa limitação, é importante para a prática clínica focarmos na percepção que os pais estão tendo sobre seus filhos, já que a mudança na percepção que os pais têm sobre o comportamento dos seus filhos influencia o modo como eles vão agir diante de um conflito.

A confiança em escalas de hetero-relato por parte dos pais sem a adição de outro informante, como professores ou a própria criança ou de outro método de acessar essas

informações, como a observação da interação entre os pais e filhos, limitam as conclusões deste estudo. Porém não foi possível obter o relato dos professores sobre o comportamento das crianças, devido a dificuldades com o acesso aos professores e os atrasos nos retornos dos questionários. Por se tratar de um estudo de intervenção, o intervalo entre a entrega do questionário e a devolução não poderia ser grande, o que aconteceu no nosso estudo, invalidando esses dados escolares como medida de linha de base.

8. Conclusão

Foi comprovada a eficácia do Treinamento de Pais em grupo, realizado com pais de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Desafiador Opositivo e/ou Transtorno de Conduta, com idade entre seis e dez anos, provenientes do ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das clínicas. Houve redução significativa nos sintomas desatenção, hiperatividade, comportamentos desafiadores e opositivos, comportamentos de violação de regras e de agressividade e desobediência em várias situações cotidianas, assim como a severidade dessa desobediência.

A intensidade de sintomas de desatenção das crianças antes do tratamento e o desempenho dos filhos com traços de impulsividade em uma tarefa de atenção dividida foram preditores da taxa de resposta dos sintomas de desatenção das crianças após o Treinamento de Pais. O desempenho das crianças indicando características de impulsividade em uma tarefa de atenção dividida foi capaz de prever a taxa de resposta dos sintomas de desatenção das crianças após o TP. A intensidade de sintomas de TDO das crianças e a dificuldade dos pais em flexibilizar o comportamento de acordo com as demandas de uma tarefa neuropsicológica foi capaz de prever a taxa de resposta em relação aos sintomas de TDO após o tratamento.

A escolaridade dos pais, o nível socioeconômico e a idade dos pais e das crianças não foram identificados como preditores do Treinamento de Pais.

9. Perspectivas

Novos grupos de Treinamento de Pais serão formados com o objetivo de aumentar a amostra e serão realizadas avaliações longitudinais com o objetivo de verificar a manutenção dos ganhos com o tratamento.

Outros estudos serão conduzidos para identificar fatores que possam mediar as mudanças nos sintomas e comportamentos das crianças.

Bibliografia

- Barkley, R. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2 ed.). New York: Guilford.
- Gerdes, A., Haack, L.M. & Schneider, B.W. (2012). Parental Functioning in Families of Children With ADHD : Evidence for Behavioral Parent Training and Importance of Clinically Meaningful Change. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), pp. 147–156.
- Rubia, K. (2010). “Cool” Inferior Frontostriatal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Versus “Hot” Ventromedial Orbitofrontal-Limbic Dysfunction in Conduct Disorder: A Review. *BIOL PSYCHIATRY* .
- Sonuga-Barke, E.J, Daley D., Thompson, A., Psych F.R.C. (2002). Does Maternal ADHD Reduce the Effectiveness of Parent Training for Preschool Children's ADHD? *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 41(6).
- ABEP. (2012). *Critério Brasil*. Fonte: ABEP: www.abep.org
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington:: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *PEDIATRICS*.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(3), pp. 106-15.
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J. & Guevremont, D.C. (1993). Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Its Impact on Parent Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, pp. 581-596.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. . (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.
- APA. (1995). *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. (1987). *Defiant Children: Parent Teacher assignments*. New York: Gilfort.
- Barkley, R. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade_ Exercícios Clínicos* (3 ed.). Artmed.
- Barkley, R. & Murphy, K. (2011). The Nature of Executive Function (EF) Deficits in Daily Life Activities in Adults with ADHD and Their Relationship to Performance on EF Tests. *J Psychopathol Behav Assess*, 33, pp. 137–158.
- Beuchaine, T. P., Webster-Stratton, C. & Reid M.J. (2005). Mediators, Moderators and Predictors of 1-Years Outcomes among Children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73(No. 3), pp. 371–388.

- Bordin, I. A. S., Mart, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behaviour Checklist" (CBCL) (Inventário de comportamentos na infância e adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), pp. 55-66.
- Brasil, H. & Bordin, I. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*, 10(83).
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C. & Gaudet, N. (1999). Quebec Child Mental Health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 375-384.
- Burke, J. D., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), pp. 1275-1293.
- Campbell SB. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*, pp. 13-49.
- Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. (2a ed.). New York: Guilford.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J. S., Milham, M. P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, pp. 117 – 123.
- Chacko, A., Wymbs, B., Flammer-Rivera, L., Pelham, W., Walker, K., Arnold, F. K., Visweswarajah, H., Swanger-Gagne, M., Girio, E., Pirvics, L. L., Herbst, L. (2008). A pilot study on the feasibility and efficacy of the strategies to enhance positive parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), pp. 270-280.
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., Pelham, W. (2004). Enhances to the behavioral parent-training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), pp. 1-27.
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H. A., Clarke, T. L., Raggi, V. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., Pian, J. & Seymour, K. (2011). The Relation Between Maternal ADHD Symptoms & Improvement in Child Behavior Following Brief Behavioral Parent Training is Mediated by Change in Negative Parenting. *J Abnorm Child Psychol*, pp. 1047-1057.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, pp. 1237 –1250.
- Cosenza, R. M., Guerra, L. B. (2011). *Neurociência e educação: como o cérebro aprende*. Porto Alegre: Artmed.
- Costin, J. & Chambers, S. M. (2007). Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), pp. 511-523.
- Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C., Borges, M. & Alfano, A. (2008). Standardization of the normative group for the third version of the test of visual attention – TAVIS. *Dementia & Neuropsychologia*, 1, pp. 20-25.

- Cunha J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. (1ª. ed ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G. & Prieb, R. G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - adaptação e padronização brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dancey, C.P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. . . Porto Alegre: Artmed.
- Danforth R., Harvey E., Ulaszek W., McKee T. . (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, pp. 188-205.
- Deater-Deckard, K., Wang,Z., Chen,N. & Bel, M.A.I. (2012). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problem. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), pp. 1084–1091.
- Doylea,A., Willcutt,E., Seidman,L., Biederman,J., Chouinard, V., Silva,J. & Faraone, S. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Endophenotypes. *BIOL PSYCHIATRY*, pp. 1324–1335.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick,. (2005). Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), pp. 1313–1323.
- Field, A. (2009). Testes não-paramétricos. In: A. Field, *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (pp. 482-483).
- Fossum,S., Morch,W., Druglin ,I.M.& Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, pp. 173–181.
- Fuster, J. (2008). *The Prefrontal Cortex*. Academic Press.
- GARLAND, ANN F., RICHARD L. HOUGH, KRISTEN M. MCCABE, MAY YEH, PATRICIA A. WOOD, GREGORY A. AARONS, PH.D. . (s.d.). Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths Across Five Sectors of Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40.
- Hartman, R., Stage,S. & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), pp. 388-398.
- Harvey, E., Danforth, J.S., McKee, T.E., Ulaszek, W.R, Friedman, J.L. (2003). Parentinf of children with Attnetion-Déficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention disorders*, 7(1).
- Hoofdakker,B. Derven-Mulders, Sytema,S., Emmelkamp, E, Minderaa,R., Nauta,A. (2007). Effectiveness of Behavioral Parent Training for Children With ADHD in Routine Clinical Practice:A Randomized Controlled Study. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 10.

- Hoofdakker, B., Nauta, M.H., van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P., Minderaa, R. & Hoekstra, P. (2010). Behavioral Parent Training as an Adjunct to Routine Care in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Moderators of Treatment Response. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), pp. 317–326.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, pp. 147–158.
- Johnston, C. M. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32, pp. 215–228.
- K. Jones, D. Daley, J. Hutchings, T. Bywater and C. Eames. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: care, health and development*, 33(6), pp. 749-756.
- Kidd, C. , Palmeri, H., Aslin, R.N. (2012). Rational snacking: Young children’s decision-making on the marshmallow task is moderated by beliefs about environmental reliability. *Cognition*.
- Lambetucci, M., Carvalho, H.W. (2008). Avaliação da efetividade terapêutica de um programa de treinamento de pais em uma comunidade carente de Belo Horizonte. *Contextos Clínicos*, 1(2), pp. 106-112.
- Lundahl, B., Risser, H.J & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology review*, 26, pp. 86-104.
- Malloy-Diniz, L.F. ; Leite, W. B. ; Moraes, P. ; Corrêa, H. ; Bechara, A. & Fuentes, D. (2008). Brazilian Portuguese version of the Iowa Gambling Task: transcultural adaptation and discriminant validity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 144-148.
- Mattos, P.; Segenreich, D.; Saboya, E.; Louzã, M.; Dias, G.; Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev. Psiq. Clín.*, 3.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M., Rohde, L. & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MT A-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev Psiquiatr*, 28(3), pp. 290-297.
- Moura, C., Silva, L., Sampaio, A. & Grossi, R. (2010). Questionário de Situações Domésticas: Comparação entre Pré-Escolares Clínicos e Não Clínicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1, pp. 57-66.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 52 –61.
- Oliveira, M.S., Rigoni, M.S. (2008). *Figura Complexa de Rey - Teste de Cópia e de reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas*. . São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper C., Stewart-Brown., S. (2002). Improving mental health through parenting programmes: block randomized controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, pp. 472-477.

- Pheula, G. & Isolan, L.R. (2007). Psicoterapia baseada em evidência em crianças e adolescentes. *Rev. Psiq. Clin.*, 2, pp. 74-83.
- Pinheiro, M.I, Haase, V.G., Del Prette, A., Amarante, C.L.D, Del Prette, Z. (2006). Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), pp. 407-414.
- Posthumus, J.A, Raaijmakers, M.A., Maassen, J.H., van Engeland, H., Matthys, W. (2012). Sustained Effects of Incredible Years as a Preventive Intervention in Preschool Children with Conduct Problems. *J Abnorm Child Psychol*, pp. 487–500.
- Raven, J. (2001). *Matrizes progressivas de Raven: escala geral*. Rio de Janeiro: Centro de Psicologia Aplicada.
- Sedó MA. (1996). Experimental and conventional Stroop and Trial-making teste. *Scientific fair of the Massachusetts Neuropsychological Society*.
- Serra-Pinheiro, M.A., Guimarães, M.M., Serrano, M.E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de posição: um estudo piloto. *Rev. Psiq. Clin.*, 2, pp. 68-72.
- Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., Nigg, J. & Willcutt, E. (2008). Executive Dysfunction and Delay Aversion in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nosologic and Diagnostic Implications. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, pp. 367–384.
- Steele, M., Jensen, P.S., Quin, D.M. (2006). Remission versus response as the goal of therapy in ADHD: a new standart for the field? *Clinical Therapeutics*, 28(11), pp. 1892-1908.
- Tempel, A.B., Wagner, S.M., Mcneil, C.B. (2013). Behavioral Parent Training Skills and Child Behavior: The Utility of Behavioral Descriptions and Reflections. *Child & Family Behavior Therapy*, 35, pp. 25–40.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*(56), pp. 343-53.
- Wechsler, D. (1991). *WISC-III: Escala de Inteligência Weschsler Para Crianças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, D. (2004). *ESCALA DE INTELIGÊNCIA WECHSLER PARA ADULTOS - MANUAL PARA ADMINISTRAÇÃO E AVALIAÇÃO*. Casa do Psicólogo.
- Weinberg, H. (1999). Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Parental and Child Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), pp. 907-913.
- Willcutt, E.G., Doyle A.E., Nugg, J.T., Faraone, S.V., Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), pp. 1336-1346.