
ORIENTAÇÃO DE PAIS NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO HIPERATIVIDADE

Denize Borges dos Santos Silva¹

Luciana de Souza Zumstein²

RESUMO: É no ambiente familiar que a criança dispõe das primeiras relações com o mundo e é nesse contexto que ocorre o desenvolvimento social e cultural. Assim, torna-se primordial atuar junto à família durante a psicoterapia de crianças com transtorno de déficit de atenção hiperatividade. Nesse sentido, o presente estudo tem como propósito mostrar que a orientação de pais é fundamental para a obtenção de bons resultados, configurando parte importantíssima da terapia cognitivo comportamental infantil, em crianças com o Transtorno de Déficit de atenção hiperatividade. O presente artigo é uma revisão bibliográfica que parte de pesquisas em livros, artigos, revistas, sites eletrônicos e normativos relacionados ao assunto, assinalando assim, a importância do tema para evidência da psicoterapia e melhora dos sintomas, através do estabelecimento de regras claras e consistentes, dos pais juntamente com o terapeuta.

PALAVRAS-CHAVE: Orientação de Pais. TDAH. Terapia Cognitivo Comportamental.

1. INTRODUÇÃO

Praticamente desde os primórdios, a família sempre foi o ponto de partida para o desenvolvimento social, psicológico e cultural de crianças, visto que são os primeiros contatos dela com a vida. Temos que, independentemente de formato, a família é uma das unidades básicas da sociedade, sendo de fato, responsável pelo desenvolvimento da criança. Vale ressaltar que a família, sendo um grupo social primário, influenciará a criança desde seu nascimento. (BAPTISTA; TEODORO, 2012).

Para condução deste trabalho, esta pesquisa traz como foco o seguinte ponto: Orientação de pais na psicoterapia de criança com TDAH. Já a hipótese a ser formulada é a de que a compreensão e a participação dos pais no processo terapêutico de seus filhos, pode contribuir para uma melhor eficácia da terapia, sendo objeto de estudo e práticas para uma melhor efetividade de tratamento. Outrossim,

¹ Graduanda do curso de Psicologia, Unifucamp, santos.silva.denize@hotmail.com

² Professora Orientadora em Psicologia, Unifucamp, lucianazumstein@hotmail.com

justifica-se pessoalmente a clara inferência de um conhecimento mais profundo a ser obtido sobre o tema. Para a justificativa, convém buscar uma reflexão pormenorizada na própria família e seu ambiente como conjuntura social.

Este trabalho tem como objetivo geral avaliar a importância do ambiente familiar e a orientação de pais para a melhor eficiência no tratamento de crianças com TDAH, e como objetivos específicos permitir uma maior reflexão acerca da psicoterapia infantil; entender como os pais podem contribuir no processo psicoterápico dos filhos; compreender como a dinâmica familiar afeta o comportamento das crianças.

A orientação de pais é um tema abordado pelos autores dentro da Terapia cognitivo Comportamental com crianças, pois, os cuidadores, no esforço de fazer o melhor para os filhos, em sua grande maioria, erram na tentativa de acertar. Marinho (2000, p. 140), destaca que o “treinamento de pais tem sido a estratégia para o tratamento do comportamento infantil disruptivo mais extensamente avaliada e ampliada nas últimas décadas”.

Baptista e Teodoro (2012, p. 49) ressalta que:

Ao trabalhar com os pais, pretendemos mais do que levá-los a seguir instruções mecanicamente; nossa pretensão inclui torná-los melhores observadores, colocá-los sob controle discriminativo mais eficiente e desenvolver habilidades de solução de problemas e de tomada de decisão que facilitem o manejo de situações relativas à educação de seus filhos.

Torna-se pertinente aprofundar nos estudos com relação à relevância da orientação de pais na psicoterapia infantil, pois, para o bom êxito do processo terapêutico, torna-se essencial acolher e compreender os pais, entender o que os aflige, como se sentem nas tomadas de decisões e suas expectativas nas relações familiares. Assim, este artigo pretende evidenciar o papel da família no processo terapêutico das crianças, em especial aquelas com o Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade, buscando traçar um caminho de orientação, juntamente com os pais, em relação às maneiras mais pertinentes de lidar com os filhos, perante os diversos sintomas do Transtorno.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O ambiente familiar e suas consequências no comportamento infantil

A família pode simbolizar na vida de seus filhos tanto uma fonte de suporte quanto uma fonte de estresse. A assistência oferecida por ela pode ser de bastante importância para a superação e resolução de problemas, por outro lado, conflitos familiares causam estresse, o que dificulta o enfrentamento das crises. O carinho e o amor oferecidos aos indivíduos no início da vida pelos seus cuidadores, fazem com que eles se tornem mais resistentes diante de eventos estressores, uma vez que esse afeto fica registrado na memória da criança, ajudando assim, a protegê-la de estressores tanto internos quanto externos, estabelecendo um suporte para o controle das tarefas de desenvolvimento. (BAPTISTA; TEODORO, 2012).

Em relação ao conceito de família, Soares e Parron (2017, p.1) ressaltam que:

O conceito de família se ajustou à medida que transformações sociais se despostraram, exigindo do legislador um posicionamento eficaz no que tange a tal fato. A família, com a instauração da dignidade da pessoa humana (art.1º,III, CF) deixou de ser considerada como núcleo econômico, patrimonial e de reprodução para constituir-se sob a vertente afetiva, embalada por princípios de ordem constitucional, trazendo o affectio para o âmbito da proteção jurídica. Destarte, os grupos familiares, atualmente, devem ser compreendidos pelos laços de afetividade que os une. Pensar diferente, seria um retrocesso.

O termo família vem do latim famulus, conjunto de escravos ou servos pertencentes a um senhor, sendo que nestas condições, aqueles formavam uma família, um grupo que vivia debaixo de um mesmo teto, com nome próprio e vínculos que evoluíram. A origem da família é de um passado remoto, onde é latente a ideia de que os seres vivos se unem e criam vínculos uns com os outros, sendo instintivo a perpetuação da espécie, o desejo de não viver só. (MALUF, 2010).

A família pode ser concebida como uma instituição responsável pelo processo de socialização de seus membros, pela educação e pelo estabelecimento de condutas adequadas a seus integrantes, principalmente crianças e adolescentes. De fato, a família é a primeira instituição com a qual a maioria dos indivíduos mantém contato e pela qual são aprendidas as

primeiras convenções sociais e desenvolvidos os principais padrões de comportamento, pois nela se concentram modelos de relações sociais dos seus membros, o que lhes permite não só a reprodução, como também o desenvolvimento de novas relações. (BAPTISTA; TEODORO, 2012, p. 16).

A família pode apresentar-se estruturalmente de várias maneiras. Essa estrutura tem se flexibilizado ainda mais com as mudanças sociais e culturais, assim ela pode reconstituir-se de forma diferente após o divórcio de um casal ou morte de um dos cônjuges, reunindo filhos já existentes de casamentos anteriores e até mesmo a partir de uma relação com parceiros do mesmo sexo. (BAPTISTA; TEODORO, 2012).

Mesmo com as transformações significativas ocorridas na estrutura e no funcionamento da família, a sociedade continua atribuindo à família a base de segurança e bem-estar, valorizando suas funções de cuidado e socialização, necessárias para o desenvolvimento humano. (PRATTA; SANTOS, 2007).

É destacado por Neufeld (2017), que a educação dos filhos constitui muitas dúvidas, responsabilidades e insegurança que se destacam perante aos desafios cotidianos. Educar não é uma tarefa fácil, exige renúncia, negociação e estratégias. Diante dessa situação requer dos pais responsabilidade e tomada de consciência, imputando em uma importante postura no intuito de tornar forte sua confiança e segurança na construção de um modelo de atitude para os filhos.

A família é a responsável primordial pela transmissão de valores, crenças e regras pelo cuidado, educação, amparo e imposição de limites. Cada responsável aplica técnicas diferentes na educação dos filhos, alguns querem oferecer aquilo que não teve na infância e outros seguem o modelo de seus antepassados. Ao nascer, cada indivíduo é único reagindo de formas diferentes aos cuidados e estímulos recebidos de seus cuidadores, não existindo uma regra ou uma fórmula para educar os filhos. (NARVAZ; KOLLER, 2006).

A relação afetiva entre seus membros, reporta que são os pais os primeiros responsáveis pela socialização, educação e desenvolvimento dos filhos desde crianças, pois são o primeiro contato destes com o mundo. Dentro do contexto de que a família é a unidade primária da criança, sendo a responsável pelo seu

desenvolvimento, e se fazendo presente através de contato, convivência, divergências, relutâncias, conflitos, etc., em muitos casos, a família é acondicionada a estresses de seus membros, ocorrendo em muitas situações, o aparecimento de casos graves de conflito. Em várias circunstâncias, a família não encontra uma solução para essas questões, gerando traumas. (BAPTISTA; TEODORO, 2012).

Ainda que as relações familiares sejam fundamentais na educação das crianças, os pais, normalmente, têm uma mínima preparação. Eles utilizam de suas próprias experiências na maior parte do processo educativo, por meio do ensaio e erro. Assim, em uma relação pais e filhos com pouca afetuosidade, a utilização de práticas disciplinares inconsistentes e uma atenção inadequada aos comportamentos das crianças, aumenta-se o risco de elas desenvolverem problemas significativos, tanto comportamentais quanto emocionais. (COELHO; MURTA, 2007).

Baptista e Teodoro (2012), afirma que a família oferece para a criança desde o nascimento e durante todo o período da primeira infância, os principais vínculos, cuidados e estímulos fundamentais ao desenvolvimento e crescimento infantil. Esses cuidados sejam eles físicos, econômicos ou sócio afetivos são considerados essenciais, pois, a família desempenha um papel de mediadora entre a criança e a sociedade viabilizando a sua socialização, um importante componente para o desenvolvimento cognitivo infantil.

Assim, cabe à família, a percepção correta do desenvolvimento da criança, fazendo-se necessárias intervenções internas ou externas no intuito de contribuir com este desenvolvimento. Neste ponto, em se tratando de haver a intervenção, dentro da necessidade de cada criança, surge o profissional com formação adequada e embasamento para tal, o psicólogo, e este se torna responsável pelo formato da terapia a ser aplicada na criança. (MALUF, 2010).

O terapeuta fará suas incursões com a criança, sempre relativizando também os pais, buscando entendimentos dentro das características emocionais e psicológicas no seio familiar, no intuito de encontrar a melhor forma do tratamento da criança. Desta forma, as questões emocionais evocadas pelas crianças, estão diretamente vinculadas às relações familiares como: ausência de informações, falta

de limites e manejo, falsas expectativas em relação ao comportamento. Ponto que merece destaque, é o de que em relação às crianças levadas à psicoterapia, as queixas relatadas pelos cuidadores, na maioria das vezes está diretamente ligada à dinâmica familiar. (LOBO; FLACH; ANDRETTA, 2011).

Neste tratamento, se faz jus adequar a figura dos pais, visto que eles ensinam aos filhos a linguagem e a comunicação e tornam-se os agentes de socialização das mesmas, sendo os primeiros mediadores das crianças com o mundo. As habilidades dessas interações e a relação familiar influenciam diretamente na saúde mental de toda a família, principalmente das crianças. Um dos motivos evidentes para discutir com os pais a respeito da motivação e causa dos problemas de comportamento, é ampliar a crença deles na possibilidade de mudança. Apesar de grande parte dos pais se sentirem culpados pelos problemas dos filhos, acabam atribuindo o motivo a causadores internos, como hereditariedade, personalidade e temperamento. Desta forma, o terapeuta tem um grande desafio que será abordar o fato de que a maioria dos comportamentos da criança foram apreendidos, porém sem culpabilizar os pais. (PETERSEN et al., 2011).

Friedberg e McClure (2004), ressaltam que não é possível realizar a psicoterapia infantil sem envolver e trabalhar com os pais, pois as situações relatadas como problemas das crianças ocorrem em sua maioria fora da terapia e não dentro da sessão. Desta forma, para ocorrer a modificação no ambiente familiar ao qual a criança está inserida, os pais devem estar correlacionados ao terapeuta, portanto, o envolvimento da família no tratamento é um componente fundamental que não deve ser minimizado.

De acordo com Petersen et al. (2011), para se obter resultados mais rápidos, eficazes e duradouros na psicoterapia com crianças, a orientação com os pais é extremamente necessária. Compreender a história de vida e as consequências dessa história na vida dos filhos, auxilia o psicoterapeuta a direcionar o tratamento e a envolver os pais de forma que eles se tornem co-terapeutas nesse processo de terapia. A intervenção dentro da orientação de pais se retrata principalmente pelo treinamento e assistência no manejo de estratégias e condução dos comportamentos

da criança. Os pais devem estar sempre atentos às emoções vivenciadas pelos filhos, pois assim, eles poderão colaborar no processo de resiliência dando suporte ao desenvolvimento de habilidades para o ajustamento emocional.

Dentre as diversas necessidades de intervenções em crianças, está aquela que reporta ao Transtorno de Déficit Atenção Hiperatividade, em que também os pais são passíveis de orientação, após diagnóstico, visando olhar a fundo, sintomas, prevenção, tratamento, etc. Assim sendo, para um bom andamento da psicoterapia, faz-se necessário uma modificação no contexto no qual a criança está inserida, para que a mudança possa ser estrutural e duradoura. Para isso, torna-se pertinente além da participação, a orientação para os pais, objetivando a diminuição dos comportamentos desadaptativos. (LOBO; FLACH; ANDRETTA, 2011).

2.2. A terapia cognitivo comportamental e a orientação de pais

A Terapia Cognitivo Comportamental surgiu no início dos anos 60 através de pesquisas realizadas pelo psiquiatra Aaron T. Beck, em pacientes deprimidos. Ele percebeu que pacientes depressivos tinham uma visão distorcida de si mesmos, do mundo ao redor e do futuro. Desta forma, entende-se que o pensamento negativo distorcido altera o nosso humor e, conseqüentemente, o nosso comportamento. Assim, a partir do momento que as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. (BECK, 2013).

A Terapia Cognitivo Comportamental fundamenta-se em dois princípios centrais: o primeiro é que as cognições têm uma influência controladora sobre as emoções e comportamento e, o segundo, é que o modo como as pessoas agem ou comportam-se pode afetar profundamente os padrões de pensamento e emoções. O processamento cognitivo recebe um papel central nesse modelo, porque o ser humano continuamente avalia a relevância dos acontecimentos internamente e no ambiente que o circunda. (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Na terapia cognitivo comportamental, a identificação dos fatores ambientais que favorecem o surgimento de disfunções comportamentais que se mantêm, é o

ponto fundamental de toda a avaliação comportamental. Após o reconhecimento desses fatores é que são estruturadas as intervenções. (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

“A terapia cognitivo comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos”. (BECK, 2013, p. 22).

Pureza et al. (2014), salienta que na Teoria Cognitivo Comportamental aplicada em crianças, há inúmeras semelhanças na estrutura da terapia em relação a mesma abordagem nos atendimentos com adultos. Assim, o processo terapêutico visa manter o foco no presente, objetiva a mudança comportamental e cognitiva e a condução das sessões é estruturada. Porém, no tratamento psicoterápico com crianças é destacada uma diferença muito importante que é a participação, intervenção e orientação com os pais, que muitas vezes consiste em uma grande parte do tratamento.

As dificuldades nos relacionamentos de pais e filhos, regularmente têm impacto no surgimento e manutenção dos comportamentos e sofrimentos afetivos das crianças. Desta forma, a participação dos pais na psicoterapia é um fator que não deve ser diminuído. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

É salientado por Petersen et al. (2011, p. 159), que:

A psicoterapia cognitiva e comportamental consolidou-se como uma possibilidade eficiente e dinâmica de intervenção com crianças e adolescentes. Em decorrência de seu modelo teórico, que enfatiza a aprendizagem, a inserção dos pais no processo de modificação do comportamento dos filhos se coloca como uma alternativa que otimiza a intervenção e aumenta as chances de manutenção dos benefícios conquistados.

Dentro deste contexto vale frisar que o vínculo de terapeutas e pais tem uma relevante importância no atendimento de Terapia Cognitivo Comportamental para crianças e adolescentes. Nessa abordagem, os pais são a principal fonte de informações para o terapeuta, sendo responsáveis pela assiduidade e pagamento do tratamento. Vale salientar que os pais são agentes de mudança na vida das crianças, sendo desta forma evidenciado que o rompimento com os pais pode pressupor abandono do tratamento. (PUREZA et al., 2014).

É fundamental que o psicólogo se apresente aos pais de maneira que eles se sintam acolhidos para realizar questionamentos, esclarecimentos sobre dúvidas quanto ao processo terapêutico e que compreendam que a função do terapeuta não é julgar e sim de auxiliar as famílias a entender o que acontece com o filho e juntos buscar alternativas para os problemas apresentados, assim o contato contínuo com os pais propicia que estes se apropriem da terapia dos filhos, acompanhando o progresso e a evolução. (PETERSEN et al., (2011).

A psicoterapia com crianças é considerada não apenas uma medida terapêutica, mas um modo de promoção de saúde e prevenção das doenças mentais. Destaca-se também o reconhecimento da realização do diagnóstico para se obter tratamentos eficientes e prevenir as psicopatologias na vida adulta. (PUREZA et al, 2014). A psicoterapia com crianças, como o relato anterior indica, aborda o âmbito familiar, sendo que esta orientação de pais, a princípio, reporta-se aos níveis de conhecimento que os pais têm do comportamento de seus filhos, o que leva a seguinte questão: o que leva o filho a repetir tal comportamento?

Na década de 80 o treinamento de pais foi consolidado, validando assim a visão de que o terapeuta, além de trabalhar com a criança para solucionar as questões externadas por elas, também careceria treinar os pais para auxiliar no bom desempenho da terapia. Marca-se assim, o aumento da consciência das famílias quanto ao papel educativo. (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

A orientação de pais é parte fundamental do tratamento psicológico com crianças. Há uma possibilidade significativa de mudança comportamental devido aos pais possuírem o controle das variáveis ambientais, as quais influenciam fortemente a manutenção dos comportamentos. (NEUFELD, 2017).

Petersen et al. (2011, p.161) destacam que o objetivo principal dentro da Orientação de Pais:

É ajudá-los a se sentirem fortalecidos e capazes para a tarefa. Tal objetivo pode ser alcançado à medida que o terapeuta for empático, evitar uma postura de culpabilização dos pais e relacionar as características positivas ou preservadas da criança com o sucesso de parte do processo educacional. Essa postura do terapeuta deverá permanecer em toda a intervenção, pois a

adesão e a eficácia da intervenção dependem de os pais se sentirem reforçados pelo engajamento.

A orientação de pais tem se destacado como um procedimento extremamente utilizado para contribuir com as famílias no aperfeiçoamento de novas competências educativas, debatendo sobre a promoção de uma melhor qualidade no relacionamento entre pais e filhos. (NEUFELD; BENEDITTI; CAMINHA, 2017).

Lobo, Flach e Andretta (2011), destacam que a Orientação de pais é parte fundamental no tratamento psicoterápico com crianças, com uma possibilidade significativa de melhoras, devido os pais serem modelos de comportamentos para os filhos, assim, eles podem estimular os filhos de forma positiva para que desenvolvam comportamentos adequados.

Segundo Caminha e Caminha (2011, p. 16), a orientação aos pais de crianças com transtorno de déficit de atenção hiperatividade tem como propósito favorecer a convivência no ambiente familiar, visar um melhor entendimento e compreensão dos comportamentos das crianças com TDAH. Dentro do processo de orientação é abordado também o aprendizado de técnicas para que os pais possam entender os sintomas e prevenir problemas futuros.

Para Petersen et al. (2011), a orientação de pais contribui para eles se sentirem seguros e aptos para colaborar no processo terapêutico e isso, só será atingido com a acolhida e empatia do terapeuta, de maneira a evitar uma postura de culpabilização dos pais, relacionando as características positivas dos filhos com o sucesso de parte do processo. O bom êxito e adesão das intervenções estão diretamente ligadas com engajamento dos pais.

2.3. Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade – TDAH

2.3.1. Definição

O transtorno de déficit de atenção hiperatividade é uma nomenclatura utilizada para nomear um transtorno do desenvolvimento específico identificado em crianças que apresentam déficits inibitórios no comportamento, dificuldades em manter a

atenção ou focar em uma determinada atividade, apresentando hiperatividade ou inquietação. (BARKLEY, 2008).

Segundo Silva (2003, p. 120), o transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade:

Deriva de um funcionamento alterado no sistema neurológico cerebral, isto significa que substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais que são responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Trata-se de uma disfunção e não de uma lesão como anteriormente se pensava. [...] os circuitos cerebrais que são movidos e organizados pelos neurotransmissores que, em última instância, seriam os combustíveis que alimentam, modulam e fazem funcionar todas as funções cerebrais. Assim, os neurotransmissores seriam a gasolina dos carros, as quedas-d'água que geram a energia das grandes hidrelétricas ou mesmo a energia atômica das usinas nucleares.

As alterações em alguns dos neurotransmissores responsáveis pela atenção, comportamento motor e motivação, resulta em uma hipoativação desses sistemas. Assim, as crianças com o transtorno não conseguem regular seus impulsos, sua atenção, seus níveis de atividade ou suas respostas a estímulos ambientais. (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, destaca que a característica essencial do transtorno de déficit de atenção hiperatividade é um padrão insistente de desatenção e ou hiperatividade - impulsividade que intervém no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo. A desatenção exterioriza comportamentalmente no TDAH como distração em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva quando não apropriado ou mexer, bater em objetos ou conversar em excesso. (APA, 2014).

2.3.2. Critérios diagnósticos

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades;
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho;
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado;
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos;
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas.

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses:

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira;
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;

d.	Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;
e.	Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”;
f.	Frequentemente fala demais;
g.	Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
h.	Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez;
i.	Frequentemente interrompe ou se intromete;
B.	Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
C.	Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes.
D.	Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
E.	Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para TDAH segundo o DSM-V (APA, 2014).

2.3.3. Subtipos e Classificações

É possível relacionar as pessoas com Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade em três subtipos, de acordo com as combinações de sintomas que elas experimentam. No tipo apresentação combinada, os indivíduos apresentam seis sintomas, por 6 meses tanto do critério A1 (desatenção) quanto o do critério A2 (hiperatividade-impulsividade). Na apresentação predominantemente desatenta, apresentam seis ou mais sintomas do critério A1 (desatenção), mas o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses. Já o tipo apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, os sintomas no critério A2

(hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses. (APA, 2014).

O DSM 5, classifica o Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade em: leve, que apresenta poucos sintomas, além dos necessários para o diagnóstico, porém, causam pequenos prejuízos para o funcionamento social e profissional; moderada, apresenta os sintomas ou prejuízo funcional entre leve e grave e, a grave, que apresenta vários sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, o que pode resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional. (APA, 2014).

2.3.4 Desenvolvimento e Curso

De acordo com DSM 5, levantamentos populacionais destacam que o Transtorno Déficit de Atenção Hiperatividade ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5 % dos adultos. (APA, 2014)

Muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é altamente variável, antes dos 4 anos de idade. O transtorno costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial. O transtorno fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria das pessoas, os sintomas de hiperatividade motora ficam menos claros na adolescência e na vida adulta, embora persistam dificuldades com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. (APA, 2014).

O DSM 5, destaca que uma proporção substancial de crianças, permanece relativamente prejudicada até a vida adulta. Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, sinais de hiperatividade (p. ex., correr e subir nas coisas) são menos comuns, podendo limitar-se a comportamento mais irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na vida adulta, além da

desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade. (APA, 2014).

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa Bibliográfica que norteou a elaboração e execução do mesmo, possibilitando uma maior compreensão com relação ao tema Orientação de pais na psicoterapia Cognitivo Comportamental de crianças com TDAH.

Para a condução dessa pesquisa, foram consultados: artigos, teses, revistas através do Google Acadêmico, biblioteca acadêmica e, ainda, livros do acervo pessoal. Como parâmetros de inserção foram utilizados textos relacionados ao assunto e tema da pesquisa como aos objetivos específicos.

Desse modo, foi realizado um levantamento de informações tendo como base a Terapia Cognitivo Comportamental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Visto que o Transtorno de Déficit Atenção Hiperatividade é um transtorno neurobiológico envolve a todos dentro do seio familiar, pais e familiares, e sendo de conhecimento que é um transtorno que envolve questões comportamentais, o treinamento de pais torna-se relevante e visa desenvolver habilidades, no que tange a respostas aos problemas apresentados pelo transtorno. A orientação de pais se configura como um modo de intervenção que pretende desenvolver nos pais, habilidades pessoais e sociais, para que sejam capazes de estimularem seus filhos a criarem novas respostas perante os problemas, aperfeiçoando assim, a capacidade da interação e, conseqüentemente, a qualidade de vida entre eles. (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

A Orientação aos pais deve acontecer em paralelo aos atendimentos da Criança. Assim, é primordial o acolhimento da família, sem julgamentos, compreender os sentimentos, os sofrimentos e emoções que estão vivenciando, entender o que os

aflige, como se sentem nas tomadas de decisões e suas expectativas nas relações familiares. Desta forma, nesse primeiro momento serão ouvidos os relatos dos pais em relação aos problemas e o impacto do transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade no ambiente familiar, ocorrendo em seguida, a psicoeducação sobre o transtorno. (SILVA, 2003).

A psicoeducação é uma técnica fundamental para o início da orientação de pais, ou seja, psicoeducar sobre o transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade através de folhetos, livros, vídeos, de forma que assim, a família receba informações para um melhor entendimento e compreensão do que é transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade. (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

À medida em que os pais se informarem e se educarem sobre o transtorno de seus filhos, mais capacitados estarão para um manejo apropriado. Enfim, ao conhecer o problema profundamente, os pais estarão aptos a enxergarem o mundo através dos olhos de seus filhos. Compreender o comportamento das crianças, o porquê e quando, e, entender que os filhos muitas vezes, não têm consciência ou a intenção desses comportamentos, ajudará os pais a atuarem de maneira preventiva e também a controlarem seus próprios episódios de raiva em relação à criança. (SILVA, 2003).

Fato exposto que uma criança com o Transtorno de Déficit Atenção Hiperatividade possui níveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade elevados, pode ser também caracterizado que esta criança possui um nível de dificuldade em realizar e cumprir tarefas dentro de um período curto de tempo, o que reporta a uma necessidade de ajuda, tanto terapêutica quanto no meio familiar. Perante o exposto, é importante organizar e planejar as atividades futuras, de modo a assegurar que a criança tenha condições de executar o que está sendo exigido. Realizar pequenos intervalos de descanso entre as atividades que exigem concentração e intercalar com momentos de lazer, contribui para alcançar os objetivos. (CAMINHA; CAMINHA 2011).

Uma estratégia que se mostra bastante eficaz para lidar com este problema é a construção de uma agenda semanal de atividades e de estudo. Os pais estimulam e auxiliam a criança a elaborar uma agenda contendo todas as atividades em todos

os dias da semana em uma folha ou em um quadro. É importante que essa agenda seja fixada, em um local visível no quarto da criança. (KNAPP, et al., 2002).

Os pais devem ser orientados a auxiliar a criança com o transtorno, antecipando eventos e desmembrando a tarefa em passos menores e mais imediatos, utilizando recompensas para motivar as crianças a cumprir as tarefas e eventos. (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

O sistema de recompensas é outra técnica instruída aos pais, na qual propõe-se premiar comportamentos adequados das crianças, introduzindo recompensas reforçadoras para comportamentos esperados. Os reforçadores são estímulos verbais e não verbais: elogios, abraços, sorrisos... e estímulos materiais: adesivos, estrelinhas, fichas... Como o sistema de motivação interna das crianças com transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade não funciona adequadamente, elas necessitam de estímulos maiores para realizar atividades repetitivas e de pouco interesse. Desta forma, os pais devem iniciar com um estímulo externo: ir à praça, tomar sorvete... até a criança conseguir realizar as atividades por motivação própria. Deve ser elaborado com os pais e o paciente uma lista de problemas e/ou atividades, juntamente com as recompensas no início do tratamento. É escolhido um problema por semana: a criança recebe uma estrelinha ou pontuação de acordo como for conseguindo realizar a atividade proposta e, ao final da semana, se a criança obteve uma boa pontuação recebe a recompensa. A atualização das recompensas é essencial para motivação da técnica. O bom êxito do processo depende da habilidade dos pais em tolerar os períodos de piora e não desistir, para assim, ir garantindo a fixação do comportamento desejado. (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

Outra técnica a ser orientada aos pais para aplicarem com os filhos, é a resolução de problemas. Diante da situação problema, os pais conduzem a criança a gerar alternativas para a situação e a analisar as consequências da escolha de cada alternativa e, em seguida, a avaliação dos resultados. Essa técnica vai agir no déficit do controle inibitório; as crianças com o transtorno de déficit de atenção hiperatividade normalmente apresentam um escasso repertório para a resolução de problemas. Na

maioria das vezes elas repetem comportamentos mal adaptativos que tendem a piorar suas dificuldades diárias. (SILVA et al., 2019)

Dentro do processo de orientação com os pais, eles são instruídos a: conhecerem mais sobre o transtorno e os sintomas de seu filho; serem agentes reforçadores dos comportamentos adequados; compreender que a atenção dedicada às crianças é um dos maiores reforçadores; organizar agendas; resolver problemas. (CAMINHA; CAMINHA 2011).

A orientação fortalece a convivência entre pais e filhos, reduzindo conflitos diários e melhorando a quantidade de comportamentos apropriados e socialmente aceitáveis da criança, assim como a prepara para que se torne socializada, diminuindo a teimosia e hostilidade e, ainda, aumentando a cooperação da criança. (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Além de auxiliar os pais a tratar, reduzir e prevenir problemas no comportamento dos filhos, a orientação vai colaborar com o desenvolvimento de habilidades pessoais, consideradas fundamentais para pais de crianças com TDAH, para ocorrer a interação social como: comunicação, assertividade e civilidade. (SILVA et al., 2019).

Quando o terapeuta estiver seguro de que os pais conseguiram adquirir um certo nível de domínio das habilidades, mudam sua atenção para o próximo passo do tratamento. Assim, o processo terapêutico e orientação segue um modelo de construção em blocos, onde um passo depende da efetivação e domínio do passo anterior. Desta forma, é possível manter o tratamento em um ritmo que cumpra as necessidades individuais das crianças e de sua família. O sucesso do processo terapêutico exige colaboração e cooperação entre a família e o terapeuta. (BARKLEY, 2008).

É fundamental que o terapeuta forneça um feedback sobre o progresso da criança e uma escuta das técnicas aplicadas pelos pais em casa, para juntos avaliarem o processo terapêutico. (BECK, 2013)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A orientação de pais é uma forma de treinamento através da Terapia Cognitivo Comportamental, em que visa a inclusão de intervenções na vida dos pais e crianças com TDAH para a educação e o ensinamento de técnicas com o objetivo de que eles aprendam a lidar com o problema.

Sendo o transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade diretamente ligado a um transtorno neurobiológico, ele envolve prejuízos na atenção além de presença de hiperatividade e impulsividade. Apresenta uma dificuldade não apenas para a criança com o transtorno, mas afeta também os familiares próximos a ela, evidenciando uma necessidade de melhor conhecimento para um melhor tratamento. Isto posto, destacamos então a Orientação de pais, sendo que esta, dentro deste contexto, ensinaria e estimularia ações específicas para o crescimento de novas habilidades, tornando-se efetiva para prevenir e reduzir problemas de comportamento.

Conscientemente para todos, a família independente de seu formato, é uma das bases da sociedade e o primeiro contato da criança com o mundo, sendo, portanto, responsável pelo desenvolvimento desta, e parte fundamental para um diagnóstico preciso, além de incisiva para um tratamento eficaz.

No decorrer deste trabalho percebemos que a congruência e paridade entre TDAH e treinamento com pais, devem ser paralelamente trabalhados, podendo apresentar assim, uma ação preventiva e também de tratamento, possibilitando também, uma minimização dos efeitos do transtorno na criança, e procedimentos mais confiáveis de diagnósticos e eficiência de tratamentos.

Ao finalizarmos este trabalho, fica evidente que ele apresenta uma tentativa de compreensão dos temas abordados, a partir de estudos teóricos. Esta pesquisa se propôs a elaborar um conjunto de elementos de representação bibliográfica. Há aspectos do estudo proposto dos temas em vários livros e publicações, dentro da abordagem escolhida. Sabemos que o trabalho não esgotou as colocações sobre o tema, impondo a necessidade de realização de novos estudos e pesquisas sobre o tema e objeto. Porém, devemos considerar que o objetivo proposto para a realização deste trabalho, bem como a questão que norteou o trabalho, foram alcançadas e contempladas, mas as possibilidades de entendimento não foram esgotadas. Sugere-

se a manutenção de novas pesquisas e trabalhos envolvendo tais temas, isto posto, para melhor composição do conhecimento e viabilização de novos tratamentos no futuro.

ABSTRACT: It is in the family environment that the child has the first relationships with the world, it is in this context that social and cultural development takes place. Thus, it is essential to work with the family during psychotherapy with children with attention deficit hyperactivity disorder. In this sense, the present study aims to show that parental guidance is essential to obtain good results, configuring a very important part of children's cognitive behavioral therapy, in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. This article is a bibliographic review that starts from research in books, articles, magazines, electronic sites and regulations related to the subject. Thus, pointing out the importance of the theme for the disclosure of psychotherapy and improvement of symptoms, through the establishment of clear and consistent rules, of the parents together with the therapist.

Keywords: Parental Guidance. ADHD. Cognitive behavioral therapy.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRETTA, L.; OLIVEIRA, M. S. **Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casapsi, 2011.

BAPTISTA, M. N.; TEODORO, M. L. M. **Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenções**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BAPTISTA, M. N.; TEODORO, M. L. M. **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de atenção hiperatividade manual para diagnóstico e tratamento**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CAMINHA, Marina G.; CAMINHA, Renato M.(org). **Intervenções e Treinamento de pais na Clínica Infantil**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

COELHO, Marília V.; MURTA, Sheila G. **Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência**. Estudos de Psicologia online, Campinas, v. 24, n. 3, p. 333-341, 2007.

Acesso 31 Maio 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300005>>.

FRIEDBERG, R.D.; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo, *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade - Manual do Terapeuta**. Porto alegre, 2002.

MALUF, Adriana C. R. F. D. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. Tese Doutorado em Direito Civil, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. São Paulo, 16 abr. 2010. Acesso 03 jun 2021. Disponível em:<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-1012011154418/pt-br.php>>.

LOBO, Beatriz O. M.; FLACH, Katherine; ANDRETTA, Ilana. **Treinamento de Pais na Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças com Transtornos Externalizantes**. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora , v. 5, n. 2, p. 126-134, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 01 jun 2021.

MARINHO, M. L. **A intervenção clínica comportamental com famílias**. Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas, SP: Papirus, 2000.

NARDI, Antonio G. S.; QUEVEDO, João. SILVA, Antonio G.(org). **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NARVAZ, Martha G.; Koller, SÍLVIA H. **Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa**. *Psicologia & Sociedade*. 2006, v. 18, n. 1, pp. 49-55. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>>. Acesso: 27 mai 2021.

NEUFELD, Carmem B. (org). **Terapia Cognitivo-Comportamental para Adolescentes. Uma Perspectiva Transdiagnóstica e Desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

NEUFELD, Carmem B.; BENEDETTI, Thaís B.; CAMINHA, Marina G. Orientação de pais em Grupos. In: NEUFELD, Carmem B.; RANGÊ, Bernard P> (orgs) **Terapia cognito – comportamental em grupos das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PETERSEN. C. S. *et al.* **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUREZA, R. J. *et al.* **Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo comportamental com crianças e adolescentes**. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. Rio Grande do Sul. V. 16 n. 1, 2014. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9035/2/Fundamentos_E_Aplica>

coes_Terapia_Cognitivo_Comportamental_Com_Crianças_E_Adolescentes.pdf>.
Acesso em 20 nov. 2020.

PRATTA, Elisângela M. M.; SANTOS, Manoel A. **Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros**. Psicologia em Estudo online. Campinas, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007. Acesso 03 Junho 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>>.

SILVA, Ana B. B. **Mentes inquietas TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**. São Paulo: Principium, 2003.

SILVA, Katiane et al. **Terapia Cognitivo - Comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. In: CORDIOLI, Aristides, V; GREVET, Eugenio, H. (orgs). Psicoterapias abordagens atuais. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. P. 411-426.

SOARES, Maressa M.; PARRON, Stênio F. **A Evolução do Conceito de Família**. São Paulo, 2017. Acesso 03 jun 2021. Disponível em <http://unesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170602115104.pdf>.

WRIGHT, J. H; BASCO, M. R; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.