

## Estudantes com TDAH: Efeitos do Promove-Crianças adaptado

Anaísa Leal Barbosa Abrahão

Luciana Carla dos Santos Elias

Alessandra Turini Bolsoni-Silva

### RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) constitui fator de risco para o desenvolvimento psicossocial. Este estudo teve por objetivo descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos socialmente habilidosos e redução de problemas de comportamento e sintomatologia de estudantes com TDAH. Participaram 25 estudantes (entre 7 e 13 anos) e seus responsáveis (entre 30 e 66 anos). Os alunos pertenciam a escolas públicas de uma cidade do interior paulista, todos com diagnóstico médico de TDAH. Os alunos foram divididos aleatoriamente em dois grupos (grupo de intervenção - GI com 11 participantes e o grupo espera - GE com 14). Os instrumentos utilizados para as avaliações inicial, intermediária e final foram *Social Skills Rating System - SSRS-BR* (versão responsáveis e alunos), Escala de Conners e, *Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ* (nas avaliações intermediária e final). A intervenção teve duração de 10 semanas, desenvolvida em clínica de psicologia. Foram realizadas análises estatísticas através do software JASP. Os resultados apontaram diferenças significativas para ganhos de GI em comportamentos habilidosos, diminuição de problemas comportamentais e diminuição de sintomas de TDAH em comparação ao GE. A adaptação no Programa de intervenção mostrou-se positiva, podendo ser potencializada com intervenção destinada a responsáveis.

**Palavras-chave:** TDAH; habilidades sociais; problemas de comportamento; estudantes e intervenção.

### ABSTRACT

#### Students with ADHD: Effects of Promotes-Adapted Children

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a risk factor for psychosocial development. This study aimed to describe the effects of Promove-Children adapted in the promotion of socially skilled behaviors and reduction of behavioral problems and symptomatology of students with ADHD. 25 students (between 7 and 13 years old) and their guardians (between 30 and 66 years old) participated. The students belonged to public schools in a city in the interior of the state of São Paulo, all with a medical diagnosis of ADHD. Students were randomly divided into two groups (intervention group - IG with 11 participants and the waiting group - EG with 14). The instruments used for the initial, intermediate and final evaluations were Social Skills Rating System - SSRS-BR (version responsible and students), Scale of Conners and, Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ (in the intermediate and final evaluations). The intervention lasted 10 weeks, developed in a psychology clinic. Statistical analyzes were performed using the JASP software. The results showed significant differences for GI gains in skillful behaviors, decreased behavioral problems and decreased symptoms of ADHD compared to EG. The adaptation in the Intervention Program proved to be positive, and it can be enhanced with intervention aimed at those responsible.

**Keywords:** ADHD; social skills; behavior problems; students and intervention.

### Sobre os autores

A. L. B. A.

<https://orcid.org/0000-0002-2548-1846>  
FFCLRP-Universidade de São Paulo  
anaisaleal@hotmail.com

L. C. dos S. E.

<https://orcid.org/0000-0002-1623-0674>  
FFCLRP-Universidade de São Paulo  
lucaelias@ffclrp.usp.br

A. T. B. S.

<https://orcid.org/0000-0001-8091-9583>  
FFCLRP-Universidade de São Paulo  
bolsonisilva@gmail.com

### Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



Pessoas com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) exibem dificuldades de atenção, controle de impulsividade e comportamento hiperativo em relação à maioria dos indivíduos da mesma idade e sexo (APA, 2014; Barkley, 2002; Oliveira et al., 2016; Smith et al., 2007); estima-se que esteja presente em 6 a 9 % da população mundial, permanecendo entre infância e adolescência em 40-80% dos indivíduos (Smith et al., 2007) e 66% ou mais na idade adulta (Barkley, 2002). A sintomatologia do transtorno na maior parte das crianças não se manifesta simultaneamente, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5), os sintomas são classificados em três subtipos: 1. tipo predominantemente desatento, 2. tipo predominantemente hiperativo/impulsivo ou 3. tipo combinado (APA, 2014).

O TDAH causa prejuízo significativo nos principais domínios de vida, como educação, família e funcionamento com pares, podendo contribuir para problemas como segurança pessoal deficiente, comportamento criminal e abuso de substância (APA, 2014; Barkley, 2002; Pelham et al., 2016; Smith et al., 2007). Há evidências de que o baixo autocontrole está relacionado ou prevê problemas de externalização e internalização (Bradley & Corwyn, 2013; Rosen et al., 2014). As relações sociais entre os pares estão prejudicadas em crianças com TDAH, sendo frequentemente rejeitadas quando comparadas com outras crianças sem o transtorno (Hoza et al., 2005) e maior risco de exclusão no contexto escolar (Gwerman et al., 2016).

O desenvolvimento de intervenções de promoção de habilidades sociais mostra-se relevante a esta população, uma vez que o TDAH envolve prejuízos neste repertório comportamental (Barkley, 2002). As habilidades sociais são definidas como um conjunto de comportamentos sociais valorizados pela cultura e que são importantes para o sucesso em configurações acadêmicas, de grupos e entre pares (Del Prette & Del Prette, 2019; Del Prette & Del Prette, 2017), além de serem reconhecidas como fator de proteção no desenvolvimento humano (Elias & Amaral, 2016). Não há consenso teórico na definição de problemas de comportamento; apesar disso, é considerado que, quando presentes dificultariam o acesso da criança à aquisição de repertórios de aprendizagem.

Dificuldades no repertório de habilidades sociais em crianças com TDAH, são mais frequentes, em comparação a crianças com outras categorias de necessidades educacionais especiais (Freitas & Del Prette, 2014). A literatura tem sinalizado dificuldades em habilidades sociais de asserção (Feldman et al., 2017; Russo et al., 2015), autocontrole (Feldman et al., 2017; Rosen et al., 2014; Cheung et al., 2017; Freitas & Del Prette, 2013), cooperação (Feldman et al., 2017) e empatia (Guidolim et al., 2013; Cheung et al., 2017).

É importante que o diagnóstico seja realizado por uma equipe multidisciplinar, incluindo diferentes informantes como

responsáveis e escola e outros (APA, 2014; Barkley, 2002; Pelham et al., 2016), minimizando erros de diagnóstico, uma vez que a variação da estimativa desse, ocorre em função de diferenças nos métodos e informantes (Polanczyk et al., 2014). Em relação ao tratamento do TDAH, verificou-se que o farmacológico, incluindo as anfetaminas e o metilfenidato, como preferencial (Barkley, 2002; Breaux et al., 2020), pode aliviar os sintomas desatenção, impulsividade e hiperatividade, entretanto, raramente resolve as dificuldades nas interações sociais (Storebø et al., 2019; Pelham et al., 2016). Assim, o tratamento combinado (medicamentoso e psicológico), inserindo família, professores e pares é o mais recomendado, por abordar diferentes contextos, produzindo diferentes fatores de proteção, como ambiente reforçador a comportamentos habilidosos, rotina estruturada e interações sociais positivas (Ghosh et al., 2017). Intervenções com as famílias promovem não só a compreensão de características específicas do TDAH, mas práticas educativas assertivas que impactam no desenvolvimento escolar e social desses indivíduos (Bhide et al., 2017; Ray et al., 2017; Silva & Batista, 2020).

A literatura sinaliza positivamente intervenções comportamentais para crianças com TDAH, cujo objetivo foi a promoção de habilidades sociais, ressaltando que além dos ganhos nestas habilidades, existiu a diminuição dos sintomas de TDAH (Hannesdottir et al., 2017; Silverstein et al., 2015) e ganhos na regulação emocional (Hannesdottir et al., 2017). Observa-se escassez de trabalhos de intervenção em habilidades sociais direcionadas a adolescentes com TDAH (Chan et al., 2016; Storebø et al., 2019), população que faz parte da investigação do presente estudo. No cenário brasileiro, encontram-se um conjunto de intervenções destinadas aos responsáveis de crianças com TDAH com efeitos positivos nos filhos (Ferreira et al., 2016; Rocha et al., 2013), revelando pouca produção científica no campo das habilidades sociais dirigidas diretamente aos estudantes com TDAH (Abrahão et al., 2020).

O Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016), que tem fundamento na Teoria Comportamental, apresentou resultados importantes na redução de problemas comportamentais e aumento em habilidades sociais em crianças com problemas de comportamento quer em formato reduzido de oito sessões (Falcão et al., 2016) ou em seu uso na íntegra, com dez sessões (Falcão, 2020). Em trabalho recente, o programa foi aplicado em 41 crianças, classificadas clínicas para problemas de comportamento; o estudo teve delineamento experimental, tendo como resultados diminuição significativa em problemas de comportamento conforme CBCL (*Child Behavior Checklist*) e TRF (*Teachers Report Form*), ganhos em habilidades sociais de acordo com RE-HSE-P (Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas para pais) (Falcão, 2020).

Neste cenário, o Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016), foi escolhido para o presente estudo, dado que se mostrou eficaz em crianças com problemas de comportamento no ambiente escolar e familiar, no entanto, experimentos que testem o programa tendo como foco estudantes com TDAH ainda não haviam sido realizados. Ante o exposto, o presente trabalho teve por objetivo descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos habilidosos e redução de problemas de comportamento e sintomatologia de estudantes com TDAH.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental de medidas repetidas. Informa-se que faz parte de um estudo maior desenvolvido pela primeira autora.

## PARTICIPANTES

Participaram estudantes do Ensino Fundamental de diferentes escolas públicas de uma cidade do interior paulista, com diagnóstico médico de TDAH e seus responsáveis. Esses foram convidados a participar frente informações cedidas pela Secretaria Municipal de Educação. Os participantes foram divididos de forma randômica em dois grupos, GI grupo de intervenção e GE grupo de espera, todos os participantes passaram por avaliações em três diferentes momentos. A avaliação inicial contou com 25 estudantes (GI=11, quatro meninas e sete meninos,  $M=10$  anos e seis meses,  $DP=1,4$  anos, de 3º a 6º ano) e; GE= 14, uma menina e 13 meninos,  $M=9,8$  anos,  $DP=2,0$  anos, de 2º a 6º ano); informa-se que quanto ao uso de medicação dos participantes em GI nove usavam e em GE sete usavam. Na avaliação intermediária participaram 24 estudantes (exclusão de um menino de GE). Na avaliação final, participaram 21 alunos (desistência de duas meninas de GI e um menino de GE, ficando GI=9 e GE=12 participantes). Destaca-se, que participantes de GI foram agrupados por idade em três subgrupos, para realização da intervenção, participando em oito ou mais sessões. O GE não recebeu intervenção no período.

No que tange aos responsáveis, apresentavam idade entre 30 e 66 anos, sendo composto na avaliação inicial por GI=11 responsáveis ( $M=43,7$  anos;  $DP=12,13$ ) e; de GE=14 responsáveis ( $M=39,3$  anos;  $DP=8,5$ ). Na avaliação intermediária houve exclusão de um responsável de GE e; na avaliação final, perda de quatro responsáveis dois de GI e dois de GE, ficando GI=9 e GE=11. Todos os participantes de GI e GE pertenciam à classe econômica D e E, segundo Critério Brasil. O critério de inclusão utilizado foi ter diagnóstico médico de TDAH devidamente notificado na Secretaria Municipal de Educação e não possuir comorbidades.

## INSTRUMENTOS

- *Social Skills Rating System / Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS-BR)* (Del Prette et al., 2016): foram utilizadas as versões para pais e crianças. A versão para pais comprehende uma escala de Habilidades Sociais e outra de comportamentos problemáticos. Os valores de confiabilidade (alpha de Cronbach) na escala de habilidades sociais foi de 0,85 e para problemas de comportamento 0,84. A versão para crianças é um autorrelato, composta pela escala de habilidades sociais com confiabilidade de 0,73.

- *Escala de Conners (CPTRS) – versão reduzida para pais* (Gaião & Barbosa, 1998): esta escala avalia dimensões de oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperatividade, conduta antissocial e índice TDAH. O índice de consistência interna foi de 0,79%, com valores (alfa de Cronbach): Fator 1 (Hiperatividade = 0,83), Fator 2 (Medos/Somatizações = 0,74), Fator 3 (Perseveração/Perfeccionismo = 0,67) e Fator 4 (Furtos/Conduta antissocial = 0,62).

- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): versão reduzida para pais* (Saur & Loureiro, 2012): trata-se de um questionário que avalia sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. O índice de consistência foi de valores próximos a 0,80 (escore total de dificuldades), sendo para o teste-reteste a correlação de 0,79 (alfa de Cronbach).

- *Promove-Crianças* (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016): trata-se de um Programa de intervenção indicada que objetiva desenvolver estratégias para prevenir o surgimento de problemas de comportamento e promoção de habilidades sociais, composto por dez sessões de intervenção que envolvem as habilidades sociais indicadas pela literatura da área, como diferenciadores dos comportamentos de crianças clínicas e não clínicas. O instrumento é composto por um manual que contém a descrição detalhada sobre como desenvolver as sessões. As habilidades sociais ensinadas pelo instrumento são: Sessão 1. Cumprimentar, iniciar conversas e civilidade; Sessão 2. Agradecer, falar coisas boas e expressar opiniões; Sessão 3. Fazer amigos, ajudar, brincar e dividir as coisas; Sessão 4. Esperar minha vez e me controlar; Sessão 5. Expressar frustração adequadamente, não se deixar intimidar; Sessão 6. Nomear sentimentos e ter empatia; Sessão 7. Expressar direitos e necessidades adequadamente, participar de temas de discussão; Sessão 8. Elogiar, beijar e abraçar; Sessão 9. Fazer, atender a pedidos e agradecer; Sessão 10. Admitir erros, pedir desculpas e ouvir críticas. Resultados oriundos de estudo piloto utilizando este instrumento indicou a presença de novos comportamentos de habilidades sociais segundo avaliação de professores, comparando pré ( $M=73,00$ ) e pós teste ( $M=70,00$ ), com valores significativos de comparação entre as fases de  $z=-2,214$  e  $p=0,027$ .

## PROCEDIMENTOS

Após autorização da Secretaria da Educação do município e aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE 15046719.3.0000.5407), contatou-se os responsáveis, em data marcada foi realizado encontro com a amostra total, assinado os TCLEs e Termo de Assentimento. A aplicação dos instrumentos ocorreu em datas e horários previamente agendados no consultório da primeira autora, onde os participantes foram divididos em pequenos grupos para preenchimento. Os participantes responderam os instrumentos em três avaliações: Avaliação inicial (um mês antes da intervenção-randomização dos participantes); Avaliação intermediária (durante a intervenção – 6ª sessão) e; Avaliação final (após o término da intervenção). Quanto aos instrumentos, os responsáveis responderam ao SSRS, Escala de Conners nas três avaliações e ao SDQ (avaliação intermediária e final) e, os estudantes responderam ao SSRS nas três avaliações.

## APLICAÇÃO DO PROMOVE-CRIANÇAS

Foram realizadas seis adaptações no programa Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016, versão padrão do programa, 10 sessões), com o objetivo de desenvolver estratégias de manejo de comportamentos de crianças/adolescentes com TDAH como indicados pela literatura da área. Estas adaptações foram planejadas antes da intervenção, com a orientação de uma das autoras do Programa, e aplicadas durante todas as dez sessões e consistiram em: uso da técnica de economia de fichas (DuPaul & Stoner, 2007); a hora do jogo livre como reforçador ao treino; inserção de regras no grupo; definição das tarefas do dia e a pontuação de fichas esperadas para cada uma; entrega de uma figura referente à sessão no momento de despedida, cujo objetivo seria a transferência do aprendizado para outros contextos e; substituição do filme da *Tinker Bell* (Raymond, 2009) como indicado pelo Programa, pelo filme *Karate Kid* (Zwart, 2010), com o objetivo de alinhar os conteúdos à fase de desenvolvimento e interesses de estudantes de 12 e 13 anos. Ressalta-se que todas as sessões seguiram as proposições originais do Promove-Crianças (estrutura e sequência), acrescidas das adaptações realizadas. Foram realizadas 10 sessões de intervenção, em três grupos de participantes, divididos segundo idade (GI1= 5 participantes, de 12 a 13 anos, GI2=3 participantes e GI3 =3 participantes, de 8 a 10 anos cada). Os grupos receberam a intervenção pela mesma psicóloga, concomitantemente em dias e horários combinados, tendo cada sessão a duração de uma hora e meia.

## PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatís-

tico JASP, versão 0.11.1.0. Inicialmente, foram obtidas as estatísticas descritivas como média, desvio padrão e mediana. Foi verificada a normalidade dos dados considerando valores de curtose até sete pontos e simetria até três, os quais indicam distribuição próxima à normal, conforme sugere (Marôco, 2011). Quando atendido esse parâmetro, foram realizadas comparações entre GI e GE e, comparações pareadas intragrupo nas três avaliações (inicial, intermediária e final), através do teste *t de Student*; na impossibilidade de realização de estatísticas paramétricas, foi utilizado o correlato não paramétrico teste U de *Mann-Whitney* e o teste de *Wilcoxon*; o nível de significância considerado foi de  $p \leq 0,05$ . Calculou-se o tamanho de efeito para as medidas paramétricas através do *d* de Cohen; considera-se o efeito como pequeno quando  $d \leq 0,2$ ; médio, quando  $d$  variou entre 0,2 e 0,5; elevado para  $d$  entre 0,50 e 1; muito elevado quando  $d > 1$  (Marôco, 2011) e; *rank biserial correlation* para a variável furtos e conduta antissocial.

## RESULTADOS

Os resultados estão apresentados seguindo a ordem: comparação entre GI e GE nas três avaliações e; comparação intra-grupo de GI e de GE. As tabelas trazem apenas as variáveis com diferenças significativas.

Comparações na avaliação inicial entre GI e GE, apontaram não existir diferenças significativas nas diferentes variáveis avaliadas pelos instrumentos (SSRS, Escala Conners e SDQ), indicando que os repertórios comportamentais iniciais semelhantes.

A Tabela 1, apresenta as diferenças significativas entre GI e GE, encontradas nas variáveis investigadas nos diferentes instrumentos. Observa-se que no SSRS respondido pelos responsáveis, entre avaliações inicial e final, GI apresentou resultados superiores em habilidade social de afetividade e cooperação na avaliação final, com tamanho de efeito muito elevado (na avaliação inicial não existiam diferenças significativas (GI-  $M=13,0$ ,  $DP=3,7$ ; GE-  $M=12,5$ ,  $DP=3,8$ ;  $t=0,271$ ;  $p=0,789$ ) e; entre as avaliações intermediária e final, na habilidade social de desenvoltura social, também com tamanho de efeito elevado (na avaliação inicial não existiam diferenças significativas GI-  $M= 7,7$ ,  $DP= 2,7$ ; GE-  $M=8,0$ ,  $DP=2,2$ ;  $t=-0,368$ ;  $p=0,717$ ). A comparação GI e GE, segundo o SSRS respondido pelos estudantes nas diferentes avaliações, aponta diferença significativa a favor de GI, entre as avaliações inicial e final, na habilidade social de responsabilidade, com tamanho de efeito elevado (na avaliação intermediária GI-  $M=6,3$ ,  $DP=2,9$ ; GE-  $M=7,3$ ,  $DP=2,2$ ;  $t=-0,973$ ;  $p=0,341$ ).

Na análise comparativa entre GI e GE através do SDQ, observa-se diferença significativa a favor de GI, em problema de conduta (na avaliação intermediária não existiam diferenças

**Tabela 1. Comparações entre GI e GE na avaliação final, considerando as avaliações inicial e intermediária, realizados pelo SSRS (segundo responsáveis e estudantes) e SDQ segundo responsáveis**

Variáveis/avaliações	Média (DP)		t	p	d
	GI	GE			
<b>SSRS responsáveis</b>					
Afeiçoação/Cooperação 1-3	14,3	(3,1)	11,2	(2,2)	2,555
Desenvoltura Social 2-3	9,7	(2,5)	7,5	(2,9)	2,065
<b>SSRS estudantes</b>					
Responsabilidade 1-3	7,1	(2,1)	6,4	(3,4)	-2,172
<b>SDQ responsáveis</b>					
Problema conduta 2-3	4,1	(2,2)	5,5	(2,3)	2,088
Comportamento pró-social 2-3	7,9	(2,1)	5,5	(2,7)	2,100

Nota: 1-avaliação inicial; 2-avaliação intermediária e 3-avaliação final; 1-Avaliação inicial GI=11, 2- Avaliação intermediária GI=9, 3- Avaliação final GI=9; Teste t de Student; DP = Desvio Padrão; d = tamanho de efeito d de Cohen; significativo p ≤ 0,05; para furtos e conduta antisocial, utilizou-se estatística não paramétrica de Mann-Whitney e d = tamanho de efeito é dado pelo rank biserial correlation.

significativas (GI- M=5,8, DP=2,3; GE- M=4,5, DP=1,7; t=0,599; p=0,555) e comportamento pró-social (na avaliação intermediária não existiam diferenças significativas GI- M=7,7, DP=1,3; GE- M=6,0, DP=2,3; t=0,290; p=0,775), na avaliação final com tamanho de efeito elevado em ambas.

Segundo a Escala de Conners respondido pelos responsáveis, nas três avaliações, não houve diferenças significativas. Ressalta-se que segundo a avaliação realizada pela Escala Conners (respondida pelos responsáveis) todos os participantes do GI (N=9) não foram considerados clínicos e no GE (N= 12), 6 são considerados clínicos, conforme nota de corte do instrumento, embora todos tivessem laudo médico de TDAH.

Na Tabela 2 é mostrado diferença significativa em GI, entre avaliação inicial e intermediária, para o total em habilidades sociais e autocontrole, com tamanho de efeito elevado e; em desenvoltura social, entre as avaliações inicial e intermediária e, inicial e final, com tamanho de efeito muito elevado, conforme a avaliação dos responsáveis pelo SSRS. Já na autoavaliação dos estudantes no SSRS, nota-se diferenças significativas para o total em habilidades sociais, com valor de tamanho de efeito elevado, entre as avaliações inicial e final e intermediária e final; para habilidade de autocontrole, entre as avaliações inicial e final, com tamanho de efeito elevado e; em assertividade, diferenças entre as avaliações inicial e final e intermediária e final, com tamanho de efeito elevado e muito elevado respectivamente.

Na Escala de Conners, nota-se diferenças significativas, com redução, nos totais entre as avaliações inicial e intermediária e avaliações inicial e final, o tamanho do efeito foi elevado. Já para o fator hiperatividade, houve aumento entre as avaliações inicial e intermediária. Para medos/ somatizações entre as avaliações inicial e intermediária e furtos/conduta antisocial (variável com distribuição anormal), houve redução, entre as avaliações inicial e intermediária entre as avaliações inicial e intermediária. Ressalta-se que em todas as variáveis com tamanho de efeito elevado; na variável perfeccionismo e perseverança, não houve diferença significativa.

Em relação ao SDQ, observa-se diferença significativa para problemas de conduta entre as avaliações intermediária e final. A variável hiperatividade (avaliação intermediária M=6,6, DP=2,2; avaliação final M=5,5, DP=2,0, t=-4,514, p=0,999, d=-1,505) não apresentou diferença significativa, no entanto, o tamanho de efeito foi muito elevado entre a avaliação inicial e final, indicando redução do sintoma.

Foram realizadas ainda comparações entre os participantes de GI que usavam medicação (N=7) ou não usavam medicação (N=2), considerando as variáveis investigadas, nos diferentes instrumentos. Observou-se diferença significativa somente na variável autocontrole (tendo o subgrupo que não usavam M=9,3, DP=1,1 e os que usavam medicação M=11,5, DP=1,7; W=2,00; p=0,058; rank biserial correlation=-0,810), na avaliação intermediária, segundo SSRS respondido pelos res-

**Tabela 2. Comparações de GI nos diferentes momentos de avaliação, segundo SSRS (responsáveis e estudantes), Escala de Conners e SDQ segundo responsáveis**

Variáveis/avaliações	Média (DP)	t	p	d	
<b>SSRS responsáveis</b>					
Total HS 1-2	47,8(13,4)	52,7(11,2)	-2,257	0,027*	-0,752
Autocontrole 1-2	9,3(2,0)	10,9(1,8)	-2,828	0,011*	-0,943
Desenvolvimento social 1-2	7,7(2,7)	9,7(2,5)	-3,207	0,006*	-1,069
Desenvolvimento social 1-3	7,7(2,7)	9,4(2,1)	-2,876	0,012*	-1,017
<b>SSRS estudantes</b>					
Total HS 1-3	22,6(8,0)	27,3(5,6)	-2,347	0,023*	-0,782
Total HS 2-3	21,4(8,9)	27,3(5,6)	-2,823	0,011*	-0,941
Autocontrole 2-3	6,2(2,6)	7,4(1,9)	-2,530	0,018*	-0,843
Assertividade 1-3	3,6(2,2)	4,6(2,1)	-1,809	0,054*	0,603
Assertividade 2-3	2,4(2,2)	4,6(2,1)	-3,795	0,003*	1,102
<b>Escala de Conners</b>					
Total 1-2	41,3(9,8)	33,9(9,9)	2,542	0,016*	0,804
Total 1-3	41,3(9,8)	36,7(10,6)	2,208	0,039*	0,676
Hiperatividade 1-2	7,4(4,2)	7,7(3,4)	2,130	0,031*	0,673
Medos/somatizações 1-2	8,4(4,4)	5,2(2,1)	1,868	0,047*	0,591
Medos/somatizações 1-3	8,4(4,4)	5,3(2,6)	5,3(2,6)	0,036*	0,689
Furtos/conduita antissocial 1-2	0,5(1,6)	0,4(0,9)	2,600	0,032*	0,786
<b>SDQ</b>					
Problemas conduta 2-3	5,8(2,3)	4,1(2,2)	1,827	0,053*	0,609

**Nota:** 1=avaliação inicial, 2=avaliação intermediária e 3=avaliação final; 1-Avaliação inicial GI=11, 2- Avaliação intermediária GI=9, 3-Avaliação final GI=9; Teste t de Student; DP = Desvio Padrão; d = tamanho de efeito d de Cohen; significativo p ≤ 0,05; para furtos e conduta antissocial, utilizou-se estatística não paramétrica de Mann-Whitney e d = tamanho do efeito é dado pelo rank biserial correlation.

ponsáveis. Para essas comparações foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon e o tamanho do efeito calculado pelo rank biserial correlation.

Através da Tabela 3, observa-se em GE, diferença significativa para a habilidade civilidade entre as avaliações intermediária e final, inicial e final, com tamanho de efeito elevado. Nota-se também diferenças significativas para os problemas de comportamento externalizantes com tamanho de efeito médio no GE, indicando aumento, entre as avaliações, intermediária e final conforme resultados obtidos no SSRS respondido por responsáveis. Em relação à autoavaliação dos estudantes através do SSRS, houve diferença significativa, apresentando aumento para o total de habilidades sociais, responsabilidade e autocontrole, com tamanho de efeito alto entre as avaliações inicial e intermediária.

No que tange à Escala de Conners, nota-se diferenças significativas indicando diminuição entre as avaliações inicial e final para o total obtido; para medos/ somatizações entre as avaliações intermediária e final, inicial e final e, para furtos/ conduta antissocial (variável com distribuição anormal) entre as avaliações inicial e intermediária, inicial e final, com tamanho de efeito elevado. Para o total do SDQ e diferentes variáveis, nota-se que não houve diferença significativa.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo descrever os efeitos do Promove-Crianças adaptado na promoção de comportamentos habilidosos e redução de problemas de comportamento e

**Tabela 3.** Comparações de GE nos diferentes momentos de avaliação, segundo SSRS (responsáveis e estudantes), Escala de Conners e SDQ segundo responsáveis

Varáveis/avaliações	Média (DP)	t	p	d	
<b>SSRS responsáveis</b>					
Civilidade 2-3	10,5(2,3)	10,8(2,6)	-2,837	0,008*	-0,819
Civilidade 1-3	10,4(2,3)	10,8(2,6)	-4,062	<,001*	-1,173
<b>Problemas de comportamento (PC)</b>					
Externalizante 1-3	10,9(3,2)	11,3(2,9)	0,000	0,000*	-0,475
<b>SSRS estudantes</b>					
Total HS 1-2	23,2(5,9)	26,8(4,7)	-3,702	0,001*	-0,989
Responsabilidade 1-2	6,2(2,4)	7,3(2,2)	-2,144	0,026*	-0,573
Autocontrole 1-2	6,4(2,4)	8,4(2,3)	-2,726	0,009*	-0,728
<b>Escala de Conners</b>					
Total 1-3	46,4(14,7)	38,7(10,9)	2,720	0,010*	0,785
Medos/somatizações 1-2	10,6(5,4)	8,1(5,3)	2,161	0,025*	0,578
Medos/somatizações 1-3	10,6(5,4)	7,8(4,0)	2,537	0,014*	0,732
Furtos/conduta antissocial 1-2	0,5(0,9)	0,0(0,2)	2,188	0,024*	0,585
Furtos/conduta antissocial 1-3	0,5(0,9)	0,2(0,6)	1,820	0,048*	0,525

**Notas:** 1=avaliação inicial, 2=avaliação intermediária e 3=avaliação final; 1-Avaliação inicial GE=14, 2- Avaliação intermediária GE=12, 3-Avaliação final GE=12; Teste t de Student; DP = Desvio Padrão; d = tamanho de efeito d de Cohen; significativo p ≤ 0,05; para furtos e conduta antissocial, utilizou-se estatística não paramétrica de Mann-Whitney e d = tamanho do efeito é dado pelo rank biserial correlation.

sintomatologia de estudantes com TDAH. Pode-se considerar que este trabalho além de ser o primeiro a utilizar o programa junto aos estudantes com laudo médico de TDAH, também se destaca no âmbito nacional, visto que intervenções em habilidades sociais são escassas (Abrahão et al., 2020) para esta população, sobretudo, utilizando medidas de processo para mensuração dos efeitos (Falcão et al., 2016).

Em relação à caracterização da amostra de estudantes, observou-se que a maioria foi de meninos, indo ao encontro da literatura (APA, 2014). Quanto ao uso de medicação para TDAH, a maioria dos participantes de GI faziam uso e todos não foram considerados clínicos para o transtorno segundo Escala de Conners, embora, tenham sido incluídos no estudo por possuírem TDAH, segundo laudo médico. Esses achados indicam a importância de manutenção do debate ético em torno de fragilidades do diagnóstico (Pelham et al., 2016; Cruz et al., 2016) e em relação à prescrição medicamentosa como tratamento pontual (Cruz, et al., 2016). É estabelecido na área, a indicação de tratamento psicossocial inicialmente, e adição de medicamentos somente quando necessário (Pelham et al.,

2016), com foco em tratamentos combinados (Ghosh et al., 2017), que se mostraram mais benéficos. Em nosso estudo quando comparados os participantes de GI quanto ao uso ou não de medicação, foi observado diferença significativa, na avaliação intermediária, apenas na variável autocontrole, segundo o SSRS (respondido pelos responsáveis), a favor dos que usavam. Apontando que o tratamento combinado (medicação e intervenção psicológica) não se mostrou tão melhor para nossos participantes, o que pode ser devido ao tamanho da amostra e/ou pelo fato de que, embora GI, apresentasse laudo médico, segundo instrumento de rastreio (reconhecido mundialmente) utilizado nesse estudo, esses não foram considerados para TDAH. Esse resultado mais uma vez referenda a importância do diagnóstico multiprofissional.

No que tange a comparação entre GI e GE, algumas diferenças significativas foram identificadas a favor de GI, nos diferentes momentos de avaliação. Os instrumentos se mostraram complementares na identificação das mudanças promovidas pelo programa. No tocante às variáveis avaliadas pelo SSRS-versão responsáveis, identificou-se diferença sig-

nificativa na habilidade social de afetividade e cooperação a favor de GI na avaliação final, indicando que o procedimento melhorou esta habilidade. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Falcão (2020), que encontrou aumento significativo nos indicadores de algumas habilidades sociais.

Segundo a autoavaliação dos estudantes pelo SSRS, notou-se diferença significativa para responsabilidade na avaliação final, a favor de GI quando comparados ao GE. A maior ocorrência da responsabilidade no GI, pode ser justificada pelas estratégias inseridas à intervenção, cujo objetivo era o desenvolvimento desta habilidade, uma vez que foi identificada como deficitária nesta amostra em estudo anterior (Abrahão & Elias, no prelo a).

No que tange os problemas de comportamento, não foram observadas redução em GI, segundo o SSRS na avaliação dos responsáveis, todavia, segundo o SDQ sim, houve diminuição significativa para problemas de conduta. Estudos apontam que programas de habilidades sociais colaboram para a diminuição de problemas de comportamento (Elias & Amaral, 2016; Elias et al., 2012; Falcão & Bolsoni-Silva, 2016; Falcão, 2020), e, em específico, direcionadas para crianças e adolescentes com TDAH (Chan et al., 2016; Hannesdottir, et al., 2017; Silverstein et al., 2015). Destaca-se que os problemas de comportamento foram mais frequentes na primeira e segunda sessão, onde os mesmos foram sinalizados com a ficha (emoji triste) e estiveram ausentes nas demais sessões; a redução de problemas de comportamento pode ser explicada pelo ambiente reforçador, que influencia a baixa emissão e reforça as habilidades apresentadas; resultados semelhantes foram encontrados por Falcão (2020). Nesse sentido, pode-se inferir que pais e professores, pode se beneficiar de programas de promoção de habilidades sociais educativas (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2010; Ferreira et al., 2016; Rocha et al., 2013). Em relação à Escala de Conners, não houve diferença significativa entre os grupos, nos diferentes momentos de avaliação, apesar, dos progressos em GI quanto ao repertório de comportamento, esses não foram perceptíveis por esse instrumento.

No que tange ao SDQ respondido por responsáveis, verificou-se diferença significativa entre os grupos, sendo que GI apresentou melhores resultados entre a avaliação intermediária e final para problemas de conduta e aumento em comportamento pró social após o término da intervenção, revelando o efeito positivo deste procedimento para esta amostra. Resultados similares foram encontrados pelas autoras Falcão et al. (2016). Estudos internacionais também evidenciaram ganhos após intervenção comportamental dirigida às crianças com TDAH (Hannesdottir, et al., 2017; Silverstein et al., 2015; Pelham et al., 2016). Se por um lado a avaliação dos problemas de conduta avaliados pelo SDQ indicaram diminuição significativa na comparação entre grupos, por outro, o SSRS não acompanhou esta medida, isto posto, infere-se que o SDQ se mostrou mais

sensível para a avaliação do Programa. Diferenças entre instrumentos avaliados por pais para problemas de comportamento também foram encontradas por Falcão (2020).

Em relação à análise intragrupos foram observados ganhos nos dois grupos GI e GE, no entanto, houve maiores mudanças positivas para GI em diferentes domínios e com permanência durante toda a intervenção, o que não foi verificado para GE. Na avaliação pelo SSRS, de responsáveis de GI, pôde-se verificar diferença significativa para o total de habilidades sociais, autocontrole e desenvoltura social entre as avaliações inicial e intermediária (maiores resultados nessa). Na autoavaliação, também pelo SSRS, os estudantes atribuíram melhores médias para o total de habilidades sociais, autocontrole e assertividade. Esses achados apontam para os efeitos positivos da intervenção sobre o aumento de comportamentos habilidosos, como visto pelas autoras Falcão e Bolsoni-Silva (2016). Não foram observadas diferenças significativas em problemas de comportamento, segundo o SSRS (a avaliação das responsáveis) na análise intragruo de GI.

Para a Escala de Conners, na análise intragruo de GI, notou-se menores valores significativos para pontuações totais durante a intervenção, bem como nas variáveis medos/ somatizações e furtos/conduta antissocial; esses resultados indicam que esta intervenção foi benéfica para a diminuição de alguns sintomas do TDAH, corroborando com estudos internacionais, que utilizaram intervenções com foco no ensino de habilidades sociais para a redução de sintomas de TDAH (Hannesdottir et al., 2017; Silverstein et al., 2015). Pode-se inferir ainda que a assertividade desenvolvida no treino possa ter contribuído para a diminuição dos sintomas medos/ somatizações, já que esta habilidade contempla posicionamento adequado frente às dificuldades de relacionamentos. Observou-se ainda, que a hiperatividade apresentou aumento significativo na avaliação intermediária, com tamanho de efeito elevado; esse resultado precisa ser melhor investigado em próximos estudos, visto que no SDQ tal resultado se mostrou oposto, ou seja, reduziram seus sintomas com tamanho de efeito muito elevado. Através do SDQ também foi observado redução em problemas de conduta em GI após intervenção.

Na comparação intragruo de GE, ou seja, comparações nos diferentes momentos de avaliação, segundo a avaliação dos responsáveis no SSRS, foi verificada diferença significativa entre as avaliações somente para a habilidade social de civilidade, indicando que este grupo obteve ganhos independente da intervenção. Para os problemas de comportamento, houve mudanças significativas entre as avaliações intermediária e final, indicando piora comportamental. Ainda sobre as habilidades sociais, na autoavaliação dos estudantes, notou-se ganhos entre a avaliação inicial e intermediária para o total, responsabilidade e autocontrole, contudo, estes ganhos não se mantiveram durante o processo, diferentemente dos ganhos obtidos

no GI. Diante desses resultados, supõe-se que a intervenção favoreceu aos estudantes (crianças e adolescentes) que participaram, melhor identificação de seus recursos comportamentais. Sobre isto, Abrahão e Elias (no prelo b), identificaram nas narrativas de crianças quanto às vivências escolares, prejuízos importantes em diferentes domínios da vida, como dificuldades com os pares, autoavaliação negativa em aspectos acadêmicos e físicos, culminando em autoconceito deteriorado.

No que tange à Escala de Conners, os participantes do GE apresentaram melhorias no total obtido, em medos/somatizações e em furtos/conduita antisocial. Finalmente, em relação do SDQ, não houve diferenças significativas para o GE. Os resultados apontam para ganhos mais expressivos nos estudantes que participaram da intervenção, sendo confirmados através dos valores de tamanho de efeito que variaram de elevado a muito elevado, o que significa que, quanto maior o tamanho de efeito, maior é o impacto que a intervenção causa, revelando a contribuição para a melhora do repertório comportamental de crianças e adolescentes com TDAH. Lindenau e Gimarães (2012), indicam que os resultados com tamanho de efeito grande possibilitam a conclusão de que o percentual de indivíduos do grupo experimental apresentará um efeito superior à média do grupo controle em pesquisas futuras, inclusive com um poder amostral maior.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo aumentar o repertório de comportamentos habilidosos, diminuir a ocorrência dos comportamentos problemáticos e sintomas do TDAH através da aplicação do Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016), com adaptações, cujo objetivo foi atender as especificidades de manejo comportamental apresentadas por estudantes com o transtorno. Frente aos ganhos apresentados pelo GI, considera-se que a intervenção foi capaz de melhorar os comportamentos segundo a avaliação de responsáveis e autoavaliação dos estudantes.

Diante o exposto, é possível considerar que o trabalho trouxe contribuições ao pensar em intervenções para indivíduos com TDAH, tendo esse delineamento quase-experimental. Faz-se necessário apontar algumas limitações como o número pequeno de participantes; a ausência da avaliação do contexto escolar, o que impede a compreensão do impacto desta intervenção no desempenho acadêmico e escolar dos participantes. Pesquisas futuras poderiam inserir a avaliação de professores quanto ao efeito da intervenção e também propor treinamento combinado para estudantes e responsáveis para maximização dos ganhos comportamentais.

## CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

A.L.B.A. contribuiu para a conceitualização, investigação e visualização do artigo; A.L.B.A; L.C.S.E e A.T.B.S fizeram a redação inicial do artigo (rascunho) e ALBA., L.C.S.E e A.T.B.S. são os responsáveis pela redação final (revisão).

## DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada parcialmente pela bolsa de doutorado da primeira autora (Capes).

Cidade sede da afiliação institucional: Ribeirão Preto.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahão, A. L. B., Elias, L. C. S., Zerbini, T., & D'Avila, K. M. G. (2020). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, inclusão educacional e treinamento, desenvolvimento e educação de pessoas: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 20(2), 1025-1032. <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.18885>
- Abrahão, A. L. B., & Elias, L. C. S. (no prelo a). Estudantes com TDAH: Habilidades sociais, problemas de comportamento, desempenho acadêmico e recursos familiares. *Psico-USF*.
- Abrahão, A. L. B., & Elias, L. C. S. (no prelo b). Crianças com TDAH e professoras: Recursos e dificuldades. *Psico PUC*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Artmed.
- Bhide, S., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., & Nicholson, J. M. (2017). Association between parenting style and social outcomes in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: An 18-month longitudinal study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38(6), 369-377. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000453>

- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2010). Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). *Avaliação Psicológica*, 9(1), 63-75.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. (2013). From parent to child to parent: Paths in and out of problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 515-529. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9692-x>
- Breaux, R., Waschbusch, D. A., Marshall, R., Humphrey, H., Peilham, W. E. Jr., Waxmonsky, J. G. (2020). The role of parental knowledge and attitudes about ADHD and perceptions of treatment response in the treatment utilization of families of children with ADHD. *Evid. Based. Pract. Child. Adolesc. Ment. Health.*, 5(1):102-114. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1727797>
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hämmerlen, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA*, 315(18), 1997-2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Cheung, P. P. P., Siu, A. M. H., & Brown, T. (2017). Measuring social skills of children and adolescents in a Chinese population: Preliminary evidence on the reliability and validity of the translated Chinese version of the Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS-C). *Res. Dev. Disabil.*, 60, 187-197. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.11.019>
- Cruz, B. de A., Lemos, F. C. S., Piani, P. P. F., & Brigagão, J. I. M. (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(3), 282-292. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160027>
- Del Prette, P. A. Z., & Del Prette, A. (2017). *Habilidades sociais e competência social: Para uma vida melhor*. EdUFSCAR.
- Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2019). Studies on social skills and social competence in Brazil: A history in construction. In: Koller S. (ed.) *Psychology in Brazil* (pp. 41-66). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-11336-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-11336-0_4)
- Del Prette, P. A. Z., Freitas, C. L., Banderia, M., & Del Prette, A. (2016). SSRS: Manual Técnico – *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças*. Casa do Psicólogo.
- DuPaul, G. J., & Stoner, M. (2007). TDAH nas escolas: *Estratégias de avaliação e intervenção*. M. Books.
- Elias, L. C. S., & Amaral, M. V. (2016). Habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico em escolares antes e após intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210105>
- Elias, L. C. S., Marturano, E. M., & Motta-Oliveira, A. M. A. (2012). Eu posso resolver problemas: um programa para o desenvolvimento de habilidades de solução de problemas interpessoais. *Temas em Psicologia*, 20(2), 521-535. <https://doi.org/10.9788/TP2012.2-18>
- Falcão, A. P. (2020). *Efeitos do Promove-Crianças na escola e na família: Um estudo experimental*. [Tese de Doutorado, UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru].
- Falcão, A. P., Bolsoni-Silva, A. T., Magri, N., & Moretto, L. A. (2016). Promove-Crianças: Efeitos de um treino em habilidades sociais para crianças com problemas de comportamento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), 590-612. <https://doi.org/10.12957/epp.2016.29324>
- Falcão, A. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). *Promove-Crianças: Treinamento de habilidades sociais: Promovendo melhores interações sociais e prevenindo problemas de comportamento*. (1ªed). Hogrefe.
- Feldman, J. S., Tung, I., & Lee, S. S. (2017). Social skills mediate the association of ADHD and depression in preadolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 79-91. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9569-3>
- Ferreira, M. C. B., Ayalla, K. O., de Oliveira, M. M., & Rocha, M. M. (2016). Efeitos e limites de um programa de habilidades sociais educativas para pais de crianças com TDAH. *Revista Conexão UEPG*, 12(1), 38-53. <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexão.v12.i1.0003>
- Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2013). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 344-362. =
- Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2014). Categorias de necessidades educacionais especiais enquanto preditores de déficits em habilidades sociais na infância. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 658-669. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427406>
- Gaião, A. de A., & Barbosa, G. A. (1998). Estudo epidemiológico dos transtornos hipercinéticos-Normas diagnósticas e validação do Questionário de Conners para Pais e Professores. *Infanto - Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, 6(1), 21-31.
- Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: Current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 353-367. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582>
- Guidolim, K., Ferreira, T. de L., & Ciasca, S. M. (2013). Habilidades sociais em crianças com queixas de hiperatividade e desatenção. *Psicopedagogia*, 30(93), 159-168.
- Gwerman, J. R., Moore, D. A., Cooper, P., Russell, A. R., Richardson, M., Morwenna R., Thompson-Koon, J., Stein, K., Ford, T. J., & Garside, R. (2016). A systematic review and synthesis of qualitative research: The influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emot Behav Difficulties*, 21(1), 83-100. <https://doi.org/10.1080/13632752.2015.1120055>

- Hannisdottir, D. K., Ingvarsdottir, E., & Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers program for children with ADHD: A pilot study on the effects of social skills, self-regulation, and executive function training. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353-364. <https://doi.org/10.1177/1087054713520617>
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.411>
- Lindenau, J. D. R., & Guimarães, L. S. P. (2012). Calculando o tamanho de efeito no SPSS. *Revista da HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, 32(3), 363-381.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5<sup>a</sup> ed.). ReportNumber.
- Oliveira, C. T., Hauck-Filho, N., & Dias, A. C. G. (2016). College adjustment as a mediator between attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and work self-efficacy. *Pai-déia*, 26(65), 283-289. <https://doi.org/10.1590/1982-43272665201607>
- Pelham, W. E. Jr., Fabiano, G.A., Waxmonsky, J. G., Greiner, A. R., Gnagy, E. M., Pelham, W. E. 3rd., Coxe, S., Verley, J., Bhatia, I., Hart, K., Karch, K., Konijnendijk, E., Fresco, K., Nahum-Shani, I., & Murphy, S. A. (2016). Treatment sequencing for childhood ADHD: A multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(4), 396-415. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1105138>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Ray, A. R., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2017). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 883-897. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0217-x>
- Rocha, M. M., & Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2013). Avaliação de um programa de habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH. *Acta Comportamentalia*, 21(3), 359-375.
- Rosen, P. J., Waugh, A. J., Epstein, J. N., Hoza, B., Arnold, L. E., Hechtman, L., et al. (2014). Social self-control, externalizing behavior, and peer liking among children with ADHD-CT: A mediation model. *Social Development*, 23(2), 288-305. <https://doi.org/10.1111/sode.12046>
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J., & Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091. <http://doi.org/10.11600/1692715x.13237190514>
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do questionário de capacidades e dificuldades: Revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400016>
- Silverstein, M., Hironaka, L. K., Walter, H. J., Feinberg, E., Sandler, J., Pellicer, M., Chen, N., & Cabral, H. (2015). Collaborative care for children with ADHD symptoms: A randomized comparative effectiveness trial. *Pediatrics*, 135(4), 858-e867. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3221>
- Silva, I. P. D. da, & Batista, C. G. (2020). Crianças agitadas/desatentas: Modelos de explicação. *Pro-Posições*, 31, e20170184. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0184>
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2007). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In Mash, E. J., & Barkley, R. A (Ed). *Assessment of Childhood Disorders* (4<sup>a</sup> ed., pp. 53 – 131). The Guilford Press.
- Storebø, O. J., Elmose, A. M., Skoog, M., Hansen, S. J., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Erlend, F., & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Ver*, 6(6), CD008223. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub3>
- Zwart, H. (Diretor). (2010). *The Karate Kid* [Filme]. Columbia Pictures; China Film Group
- Raymond, B. (Diretor). (2009). *Tinker Bell e o Tesouro Perdido* [Filme]. DisneyToon Studios; Walt Disney Pictures.

Data da Submissão: 09/06/21  
 Primeira decisão editorial em: 27/06/21  
 Aceite: 08/07/21