

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Efeitos do Promove-Pais em práticas de responsáveis de crianças com
Transtorno do Espectro Autista

TAIZE DE OLIVEIRA

BAURU
2025

TAIZE DE OLIVEIRA

Efeitos do Promove-Pais em práticas de responsáveis de crianças com
Transtorno do Espectro Autista

Pesquisa apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências como pré-requisito de qualificação para o título de doutorado, sob orientação da Livre Docente Alessandra Turini Bolsoni-Silva e Coorientação da Dr. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira.

BAURU

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

OLIVEIRA, TAIZE DE.

Efeitos do Promove-Pais em práticas de responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista. - Bauru, 2025

173 f. : il.

Tese (Doutorado)- Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientador: Alessandra Turini Bolsoni-Silva
Coorientador: Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Habilidades Educativas Parentais. 3. Análise do Comportamento 4. Treinamento de Pais. 5. Análise do Comportamento Aplicada. I. Universidade

ATA DE DEFESA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE TAIZE DE OLIVEIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 04 dias do mês de abril do ano de 2025, às 8h, no(a) Google Meet, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de TAIZE DE OLIVEIRA, intitulada **Efeitos do Promove-Pais em práticas de responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pósgraduação em Psicologia do Desenvolvimento / Faculdade de Ciências Unesp Campus de Bauru, Dr. ANDRÉ LUÍZ FERREIRA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal de São Carlos, Dra. LEILA FELIPPE BAGAILOLO (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Grupo Gradual, Prof. Dr. JOÃO HENRIQUE DE ALMEIDA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências (Unesp - Campus Bauru), Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Estadual Paulista. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: Aprovado _ _ _ . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA



Documento assinado digitalmente:
ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA
Data: 04/04/2025 21:31:40-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Dedico às minhas eternas crianças, minhas sobrinhas e sobrinho: Olga, Lenine, Maria Luiza, Maria Eduarda e Ana Clara, que tenho o prazer de acompanhar e participar do educar desde o início de suas vidas. Além de todas as outras que tive o privilégio, prazer e oportunidade de conhecer na vida clínica e bastidores, como as queridas crianças desse estudo. O desenvolvimento infantil será sempre o meu encanto nessa jornada da Psicologia, obrigada pela valiosa troca!

AGRADECIMENTOS

Quando estamos cercados por uma rede de apoio toda jornada fica ainda mais leve e incrível de ser percorrida. Estive e estou rodeada por pessoas incríveis que de alguma forma fizeram e continuam fazendo parte da vida, e os desafios que surgiram na trajetória de vida se amenizaram, pois estes seres humanos incríveis me deram força para continuar caminhando em busca dos meus objetivos. Parte do que sou e desse estudo englobam de alguma forma um pouco de cada um de vocês também, e por isso não poderia deixar de agradecer-lhes.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter me dado sabedoria, perseverança e guiar o meu caminho desde sempre na vida acadêmica com muito prazer e com o reconhecimento do privilégio que é estar por aqui;

Aos participantes, pela confiança no meu trabalho, pelos momentos de aprendizado, pela parceria, por compartilharem suas histórias, e toda troca incrível que só a ciência pode proporcionar aos que acreditam e participam dela;

À minha família, pelo suporte de me apoiar e incentivar sempre, de me nomear doutora antes mesmo de eu me tornar uma, e fazer eu acreditar nesse título. Agradeço a minha família por não desconsiderar em nenhum momento que eu chegaria na defesa, mesmo acompanhando e entendendo o quão difícil é produzir ciência e ter outras atividades laborais para ter uma renda de sobrevivência. Em especial agradeço a minha mãe, Josefa, por me amar e me ensinar a ser uma mulher forte, incentivando-me sempre, para nunca desistir dos meus sonhos e enfrentar meus medos: a senhora é uma rainha!

À minha orientadora, Livre docente Alessandra Turini Bolsoni Silva, por ser meu exemplo de profissional a ser seguido, pelas trocas, ensinamentos e aprendizados compartilhados ao longo de todos esses anos de parceria. Ter a sua supervisão já era incrível, e sua orientação foi um privilégio imenso. Agradeço a Ale pela confiança que demonstra no meu trabalho e processos, pelas oportunidades, pelo carinho e por ter me ajudado a crescer pessoal e profissionalmente. Alessandra é “fora da curva”, é excepcional, e minha admiração por essa mulher não é mensurável. Obrigada por ser sempre próxima em afeto, seu modelo de docência exigente e cuidadosa é espelho na minha prática docente.

À minha coorientadora Dr.^a Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, que gentilmente aceitou ser minha coorientadora e tornou esse trabalho ainda mais excepcional, e trabalhoso (risos). Obrigada por compartilhar os seus saberes comigo e pela parceria, querida!

À Unesp, em especial à Faculdades de Ciências, ao Departamento de Psicologia e à Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, por ser a minha segunda casa

durante 12 anos, desde 2013, e que privilégio ser filha desta grande casa. Agradeço aos professores, funcionários e alunos com quem tive o prazer de conviver e aprender durante toda minha trajetória acadêmica. Defenderei sempre nossa universidade pública, a qual sempre falo com muito carinho e orgulho em pertencer.

Ao nosso querido grupo de estudos e pesquisas, o GEPEACAHS, grupo de estudos e pesquisas em análise do comportamento aplicada e habilidades sociais, o qual eu posso ter o privilégio de continuar sendo estudante, pesquisadora, e amiga de seres incríveis, os quais a universidade me presenteou. Em especial, do nosso grupo, agradeço ao Francisco Assis Medeiros, por me apresentar a programação em *python*, e dividir um pouco do seu conhecimento para que eu pudesse enfim caminhar sozinha e aprimorar meus gráficos com essa tecnologia. Sou feliz em poder aprender coisas novas que jamais pensei que se tornariam importantes ao estudar práticas educativas, que privilégio é estar rodeada de pessoas inteligentes neste grupo.

Aos meus amigos, que vez ou outra tiveram que me ouvir falar sobre a pesquisa, sobre os desafios do fazer ciência, e por não desistirem de continuar mantendo afeto e proximidade, mesmo quando as recusas aos convites sociais foram mais frequentes do que os aceites. Obrigada pelo baixo custo de manutenção de relações tão importantes, nesse período que o meu tempo precisava ser alocado para essa tarefa tão importante: a pesquisa. O apoio de todos fez a caminhada ser menos pesada.

Agradeço também ao nosso laboratório de pesquisa, Laboratório de aprendizagem, desenvolvimento e saúde, o LADS, que delícia é divulgar ciência com todos vocês!

A todos vocês mencionados, minha eterna e genuína gratidão! O processo acadêmico é um tanto solitário, e a presença, de todos vocês, foi extremamente importante para minha persistência nessa caminhada, muitíssimo obrigada!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

OLIVEIRA, T. **Efeitos do Promove-Pais em práticas de responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista**. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2025.

RESUMO

A Análise do Comportamento Aplicada está crescendo como proposta de intervenções por psiquiatras e neuropediatras para tratamento e intervenções com crianças com Transtorno do Espectro Autista e seus familiares, há crescente número de liminares judiciais garantindo o direito da criança de acessar diversas modalidades profissionais que atuem a partir dessa ciência. A atuação com os pais, em orientação de habilidades educativas parentais pode ser estratégia importante para aumento dos ganhos terapêuticos de terapia comportamental. O objetivo geral da pesquisa é descrever efeitos da aplicação de um programa de orientação de habilidades sociais educativas (PROMOVE-PAIS) para pais ou responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para tanto, buscou adaptar um programa já existente para especificidades de crianças com TEA e ensinar pais destas crianças. Os participantes foram 3 mães e 1 pai de crianças com TEA, crianças com diagnóstico fechado e idade entre 6 e 9 anos. O estudo utilizou a metodologia de linha de base múltipla entre participantes, visando avaliar se houve mudanças em repertórios para os pais e para as crianças, nas medidas repetidas. Como medidas de coleta de dados utilizou-se de registro de comportamentos e aplicação de instrumentos padronizados para avaliação de habilidades sociais, problemas de comportamentos, práticas educativas parentais e comportamentos interferentes característicos do TEA. Os instrumentos de avaliação foram aplicados em procedimento de linha de base múltipla, com sondas, avaliação de pós intervenção e como seguimento posterior a três e seis meses. Os resultados indicaram mudanças clinicamente significativas em práticas educativas, e como medida de generalização mudança na redução de problemas de comportamentos das crianças. A orientação se mostrou efetiva ao longo do tempo, com manutenção dos resultados em três e seis meses posterior a aplicação.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Habilidades Educativas Parentais; Análise do Comportamento; Treinamento de Pais.

ABSTRACT

Applied Behavior Analysis (ABA) is increasingly being adopted as an intervention approach by psychiatrists and neuropsychiatrists for the treatment and support of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families. There is a growing number of judicial rulings ensuring children's right to access various professional modalities that operate based on this scientific approach. Working with parents through guidance on parenting educational skills can be a crucial strategy to enhance the therapeutic outcomes of behavioral therapy. The general objective of this study is to describe the effects of implementing a parental guidance program focused on educational social skills (PROMOVE-PAIS) for parents or guardians of children with ASD. To achieve this, an existing program was adapted to address the specific needs of children with ASD and to provide training for their parents. The participants included three mothers and one father of children with ASD, all of whom had a confirmed diagnosis and were between six and nine years old. The study employed a multiple-baseline design across participants to assess whether changes occurred in parental and child repertoires through repeated measures. Data collection involved behavior recording and the administration of standardized instruments to evaluate social skills, behavioral problems, parenting practices, and ASD-related interfering behaviors. The assessment instruments were applied following a multiple-baseline design, including probes, post-intervention evaluation, and follow-ups at three and six months. The results indicated clinically significant changes in parenting practices, as well as a reduction in children's behavioral problems, demonstrating generalization effects. The intervention proved effective over time, with the maintenance of results at three and six months post-implementation.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Parenting Educational Skills; Behavior Analysis; Parent Training.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS
ABC – ABERRANT BEHAVIOR CHECKLIST
AC – ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
ACA – ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA
AM – AUSÊNCIA DE MUDANÇA
APA – ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA
BR - BOM REPERTÓRIO
BRM - BOM REPERTÓRIO MÉDIO
C1 – CRIANÇA 1
C2 – CRIANÇA 2
C3 – CRIANÇA 3
CAAE – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE APRECIÇÃO ÉTICA
CARS - CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE
CASP - THE COUNCIL OF AUTISM SERVICE PROVIDERS
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
DASS – ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE
DHS: DÉFICIT DE HABILIDADES SOCIAIS.
DRA – REFORÇO DIFERENCIAL DE COMPORTAMENTOS ALTERNATIVOS
DRO – REFORÇO DIFERENCIAL DE OUTROS COMPORTAMENTOS
HSE – HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS
HSEP - HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS PARENTAIS
IEP - INVENTÁRIO DE ESTILO PARENTAL
IHS – INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS
IPC – INVENTÁRIO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO
JT – TESTE DE JACOBSON E TRUAX
LB – LINHA DE BASE
M1 – MÃE DA CRIANÇA 1
M2 – MÃE DA CRIANÇA 2
M3 – MÃE DA CRIANÇA 3
MNC – MUDANÇA NEGATIVA CONFIÁVEL
MPC – MUDANÇA POSITIVA CONFIÁVEL
P2 – PAI DA CRIANÇA 2

QI – QUOCIENTE DE INTELIGÊNCIA

QRC – QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CONJUGAL

QRSH – QUESTIONÁRIO DE RESPOSTAS SOCIALMENTE HABILIDOSAS

ERA - REPERTÓRIO ALTAMENTE ELABORADO

RE - REPERTÓRIO ELABORADO

RE-HSEP – ROTEIRO DE ENTREVISTA DE HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS E PARENTAIS

S – SONDA

SDQ – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

SHSE – SISTEMA DE HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS

SRS-2 – ESCALA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

SSRS – SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS

TALE – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TEA – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

THS – TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS

VB-MAPP – VERBAL BEHAVIOR MILESTONES ASSESSMENT AND PLACEMENT PROGRAM

WISC IV – ESCALA DE INTELIGÊNCIA WECHSLER PARA CRIANÇAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1, C2 e C3 em observação de interação pais e filhos	69
Tabela 2 - <i>Fatores</i> positivos e negativos- RE-HSEP - conteúdos.....	70
Tabela 3 - Habilidades educativas parentais negativas - resultados do IEP e RE-HSEP frequência	71
Tabela 4 - Classes de problemas de comportamento nomeados pelos pais das crianças	106
Tabela 5 - Classes de comportamentos socialmente relevantes nomeados pelos pais	109
Tabela 6 - Déficits em classes de repertórios sociais relacionados ao TEA - SRS-2.....	111
Tabela 7 – Dados normativos utilizados para análise do JT.....	148
Tabela 8 - Resultados do QRC – completo	150
Tabela 9 - Resultados do DASS-21 – completo	151
Tabela 10 - Resultados do IHS-2 – completo.....	151
Tabela 11 - Resultados do IEP – completo.....	152
Tabela 12 - Resultados do RE-HSEP – por conteúdo – completo	153
Tabela 13 - Resultados do RE-HSEP – por frequência- completo.....	154
Tabela 14 - Resultados do ABC – por frequência- completo.....	156
Tabela 15 - Resultados do IPC/BPI – por frequência- completo.....	157
Tabela 16 - Resultados do SDQ – por frequência- completo.....	157
Tabela 17 - Resultados do SSRS – por frequência- completo.....	157
Tabela 18 - Resultados do QRSB – por frequência- completo	158
Tabela 19 - Resultados da SRS-2 – por frequência – completo	159
Tabela 20 - Comparação JT pré e pós - significância clínica DASS-21	160
Tabela 21 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica DASS-21	160
Tabela 22 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica DASS-21	160
Tabela 23 - Comparação JT pré e pós - significância clínica RE-HSEP.....	161
Tabela 24 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica RE-HSEP	161
Tabela 25 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica RE-HSEP	162
Tabela 26 - Comparação JT pré e pós - significância clínica QRC.....	162
Tabela 27 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica QRC	163
Tabela 28 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica QRC	163
Tabela 29 - Comparação JT pré e pós - significância clínica IHS.....	164
Tabela 30 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica IHS	164

Tabela 31 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica IHS	165
Tabela 32 - Comparação JT pré e pós - significância clínica IEP	166
Tabela 33 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica IEP.....	166
Tabela 34 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica IEP.....	167
Tabela 35 - Comparação JT pré e pós - significância clínica QRSB	168
Tabela 36 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica QRSB.....	168
Tabela 37 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica QRSB.....	168
Tabela 38 - Comparação JT pré e pós - significância clínica ABC.....	168
Tabela 39 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica ABC	169
Tabela 40 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica ABC	169
Tabela 41 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SSRS.....	170
Tabela 42 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SSRS	170
Tabela 43 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SSRS	171
Tabela 44 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SDQ.....	172
Tabela 45 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SDQ.....	172
Tabela 46 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SDQ.....	173

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Amostra inicial e final.	39
Figura 2 - Caracterização de delineamento - proposta inicial	40
Figura 3 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos.	46
Figura 4 - Materiais entregues e propostos para interação pais e filhos.	47
Figura 5 - Caracterização do delineamento.....	48
Figura 6 - Estrutura dos encontros do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA	49
Figura 7 - Temas e proposta de tarefas do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA.....	50
Figura 8 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos em avaliação parental	65
Figura 9 - Práticas positivas identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento	70
Figura 10 - Práticas positivas e negativas nos participantes no pré, pós e seguimento - RE-HSEP conteúdo.....	71
Figura 11 - Práticas negativas identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento	72
Figura 12 - Habilidades conjugais positivas.....	73
Figura 13 - Habilidades conjugais negativas - QRC	73
Figura 14 - Sinais de depressão, ansiedade e estresse identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento	74
Figura 15 - Habilidades sociais dos participantes no pré, pós e seguimento	75
Figura 16 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos em avaliação de comportamentos infantis	102
Figura 17 - Problemas de comportamento em C1, C2 e C3 em pré, pós intervenção e manutenção.....	108
Figura 18 - Habilidades sociais em C1, C2 e C3 em pré, pós intervenção e manutenção	110
Figura 19 - Dados de responsividade social em C1, C2 e C3 no SRS-2	112
Figura 20 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1, C2 e C3 em observação de interação pais e filhos	113
Figura 21 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1	146
Figura 22 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C2	146
Figura 23 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C3	147

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE FIGURAS	14
APRESENTAÇÃO.....	18
1. INTRODUÇÃO GERAL	22
1.1 O Transtorno do Espectro Autista, suas características, seus comportamentos interferentes e Análise do Comportamento Aplicada.....	22
1.1.1 Problemas de comportamento e TEA.....	23
1.1.2 Habilidades sociais e TEA.....	25
1.2 Habilidades sociais educativas e orientação parental aos responsáveis com TEA.....	26
1.2.1 Conjugalidade e TEA.....	31
1.2.2 Parentalidade e TEA	32
1.2.3 Saúde parental e TEA.....	33
1.3 Promove pais – Programa de orientação parental baseado em Goldiamond e Webster-Stratton e Hebert.....	34
2. OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo geral.....	37
2.2 Objetivos específicos	37
3. MÉTODO.....	37
3.1 Local	38
3.2 Participantes.....	38
3.3 Delineamento	40
3.4 Procedimentos éticos.....	40
3.5 Instrumentos.....	41
3.6 Procedimentos de coleta de dados – Estudo experimental	47
3.7 Procedimentos de Formulação do caso.....	50
3.8 Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	52
4. Estudo 1: Efeitos do Promove pais para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista: habilidades educativas parentais, habilidades sociais, saúde mental e conjugalidade	53
RESUMO.....	54

5.	INTRODUÇÃO	55
5.1	Estilos Parentais.....	57
5.2	Práticas Educativas Parentais: estratégias importantes.....	58
5.3	Conjugalidade e Coparentalidade	59
5.4	Evidências sobre efeitos de Programas de Ensino de Habilidades Educativas Parentais60	
6.	OBJETIVOS	63
6.1	Objetivo geral.....	63
6.2	Objetivos Específicos.....	63
7.	MÉTODO.....	64
7.1	Delineamento	64
7.2	Aspectos éticos.....	64
7.3	Participantes.....	64
7.4	Procedimentos de coleta de dados	65
7.5	Procedimento de aplicação e orientação parental	66
7.6	Procedimento de análise de dados	67
8.	RESULTADOS	68
9.	DISCUSSÃO.....	75
10.	CONCLUSÃO.....	80
11.	REFERÊNCIAS	82
12.	<i>Estudo 2: Efeitos de generalização do Promove pais: mudança de comportamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista nível de suporte 2.....</i>	88
	RESUMO.....	89
13.	INTRODUÇÃO	90
13.1	Sobre os “problemas de comportamento”, os “interferentes” e classes similares .	90
13.2	O TEA e classes de problemas de comportamento	93
13.3	TEA e Estilos parentais.....	94
13.4	TEA e intervenções para mudança de problemas de comportamentos.....	96
14.	OBJETIVOS	98
14.1	Objetivo geral.....	98
14.2	Objetivos específicos	98
15.	MÉTODO	99
15.1	Delineamento	99
15.2	Procedimentos éticos.....	99

15.3	Participantes	99
15.4	Procedimentos de coleta de dados.....	101
15.5	Análise dos dados.....	104
16.	RESULTADOS	105
17.	DISCUSSÃO	113
18.	CONCLUSÃO	117
19.	REFERÊNCIAS	118
20.	CONCLUSÃO GERAL	126
21.	REFERÊNCIAS	131
22.	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
23.	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTAL	144
24.	APÊNDICE C – INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE A CRIANÇA E FAMÍLIA ..	145
25.	APÊNDICE D – AVALIAÇÃO DE BARREIRAS DE APRENDIZAGEM	146
26.	APÊNDICE E – DADOS NORMATIVOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS NO JT ...	148
27.	APÊNDICE F – TABELAS DE RESULTADOS PAIS - POR INSTRUMENTO	150
27.	APÊNDICE G – TABELAS DE RESULTADOS CRIANÇAS - POR INSTRUMENTO.....	156
28.	APÊNDICE H – TABELAS DE RESULTADOS PAIS – JT.....	160
29.	APÊNDICE I – TABELAS DE RESULTADOS CRIANÇAS - JT	168

APRESENTAÇÃO

Assim como fiz no mestrado, e considerando importante abordar um pouco do meu percurso acadêmico e profissional que me levou até a presente temática de pesquisa, iniciarei com uma breve apresentação, um tanto informal, sobre o meu caminho até a presente tese. Desde 2013, meu primeiro ano de graduação, atuo com crianças com deficiências e me interesse pela temática, no entanto, nem todas as minhas pesquisas conseguiram vincular a Análise do Comportamento com a temática deficiência. No meu segundo ano da graduação tive a oportunidade de me vincular a pesquisa de modelos de estresse crônico em ratos, com o querido professor Fábio Leyser, conseguimos um bom resultado divulgado na ABPMC. No terceiro ano, me vinculei a nova pesquisa, com professoras de educação básica do município de Bauru, ensinávamos as professoras a decompor objetivos de ensino, com o querido professor Jair Lopes. No meu quarto e quinto ano me dediquei a instrumentos, na temática da deficiência, pesquisei com a professora Lúcia Leite sobre concepções de deficiências e capacitismo, temática a qual me debrucei também no mestrado.

Ainda na graduação, tive o privilégio de estagiar na clínica comportamental com a querida professora Alessandra, minha orientadora, a qual me apresentou a paixão clínica com duas temáticas específicas: atendimento aos universitários e orientação de pais. Meu mestrado decorreu da paixão de estudar a temática deficiência e a temática pais, e tive o privilégio de atender inclusive “pais em formação”, pretendentes à adoção, que vinculei com a temática da deficiência. O meu outro interesse, com os universitários e treinamentos de habilidades sociais, tive o privilégio de continuar me debruçando com o NTAPS, o Núcleo Técnico de Atenção Psicossocial da UNESP de 2018 a 2023.

Na minha prática com Análise do Comportamento Aplicada, me deparei com muitas barreiras, em especial quanto ao fazer clínico com responsabilidade ética, e compromisso com a promoção de desenvolvimento e contribuição com as famílias que em meu caminho cruzava. Tive a oportunidade de compartilhar muitos contextos, e trocar com muitas famílias conhecimento, acolhimento e cuidado. Nem todos os contextos que passei tive a oportunidade de me deparar com práticas clínicas respeitadas e de qualidade, e em meio a todos esses contextos o que pude observar é que os profissionais comprometidos em fazer um trabalho pautado na análise do comportamento e que segue as oito dimensões (adotando como posicionamento da minha prática a oitava dimensão, a compaixão) são um número escasso, somos um número escasso, pois desde a graduação a UNESP me ensinou a ter comprometimento ético com a minha prática. Diante de tamanhas angústias, em especial na

utilização atual muito comercial de Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), minha maior demanda era decorrente do quanto os pais estranhavam a definição de orientação parental semanal, e que se pautasse para além de orientação de manejos e aplicações de programas, em especial se abordasse sobre habilidades sociais educativas. Nesse contexto, identificava uma série de práticas permissivas demais, ou autoritárias demais, e baixa frequência de práticas autoritativas. E o estranhamento deles era decorrente de uma compreensão de que eles não participavam de maneira ativa dos procedimentos de ensino, ou que a interação entre pais e filhos não era relevante, ou que a orientação final e sintética de 5 minutos após a intervenção com os filhos fosse o suficiente.

Iniciei a aplicação do Promove pais com os meus contextos parentais dos meus clientes desde 2018, posto que o conheci na prática com a Alessandra em 2017, em estágio curricular. Tenho dados da aplicação, mas tinha dados citando as dificuldades que os pais identificavam nas adaptações que tínhamos que fazer, como se não reconhecessem possíveis de emitir tais respostas previstas na orientação, com os déficits e excessos particulares do TEA. Quando abordei sobre tais dificuldades com a autora, chegamos na definição do atual projeto de pesquisa. O Promove-Pais é baseado em dois modelos importantes de treinamento, o modelo colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993) e o modelo construcional de Goldiamond (2002), o que sugere adaptações e flexibilização com base na formulação do caso, inicialmente. No entanto, falar de comunicação necessita acréscimo de operantes de comportamento verbal, comunicações alternativas, etc, no específico contexto do TEA. Desta forma, sentíamos a falta da cartilha adaptada para essas questões específicas do TEA, e assim foi feito, meus primeiros dois anos do doutorado me debrucei nisso, e dela resultou a biblioterapia publicada em 2024 (Oliveira; Grassi; Bolsoni-Silva, 2024).

Quando nos debruçamos na literatura que produzimos em Análise do Comportamento e TEA identificamos uma vasta literatura que assegura a importância da orientação parental, em alguns contextos nomeado como orientação parental, e em grande parte se debruça comportamentos relacionados ao manejo de comportamentos das crianças, a aplicação de programas de ensino, e pouco focado em habilidades educativas parentais. Tive a oportunidade de pesquisar, enquanto revisão sistemática, na minha especialização em Educação Especial e Inclusiva na UFABC sob orientação da querida Fabiane Ferraz Fogaça em 2022, início do doutorado. Dos 24 estudos identificados na revisão realizada, 13 (54,1%) não buscaram intervir em práticas educativas, embora eram treinamento parental, se debruçaram em outras habilidades, relacionadas ao manejo de comportamentos. Ainda, de maneira geral, identificou aprofundamento em questão de necessidades específicas do TEA voltado para comportamentos

problemas, em especial os excessos, e não objetivou abordar sobre déficits e reservas, dos pais e das crianças.

Por fim, o objetivo maior do presente trabalho é ampliar a literatura sobre formação parental, contribuir com treino de práticas educativas voltada aos responsáveis de crianças e adolescentes com TEA, e maximizar ganhos clínicos com o acréscimo da temática de habilidades educativas associada ao manejo de comportamentos, aplicação de programas, e psicoeducação. Entende-se que monitoria positiva, estabelecimento de limites, expressão de sentimentos, entre outras habilidades sociais educativas, são habilidades fundamentais para a ampliação de repertórios e redução de interferentes nas crianças, assim como contexto que possa promover saúde em contexto familiar geral.

Desta forma, o presente estudo visa abordar sobre o promove-pais com biblioterapia adaptada para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), abordar sobre a aplicação da orientação em contexto experimental de linha de base múltipla, e destacar mudanças identificadas nas crianças com TEA e nos seus responsáveis após a intervenção.

A presente pesquisa espera como resultados que a intervenção, o ensino de habilidades sociais educativas em modelo adaptado às reservas, déficits e excessos comportamentais previstos no TEA, reduzisse a frequência de comportamentos interferentes e barreiras de aprendizagens a curto prazo, e produza a extinção destas barreiras a médio ou longo prazo. Os dados iniciais indicam a redução, porém para a extinção indica a necessidade de continuidade do acompanhamento e orientação parental. A literatura é consistente sobre redução desses comportamentos em crianças com desenvolvimento neurotípico, mas indica que programas adaptados a características comportamentais do TEA podem favorecer tais resultados para a população específica (Bearss et al, 2015; Zand et al, 2017). Espera-se também o aumento de variabilidade de interações entre crianças e pais/responsáveis, e aumento em habilidades sociais das crianças e consequente efeito positivo na socialização das mesmas (Wang, 2008; Silva, 2016; Cruz; Minetto; Weber, 2019), o que também foi identificado ao longo do estudo, mas que ainda indica a necessidade de acompanhamento em orientação parental para que os contextos de modelagem entre pais e filhos continuem ocorrendo, estruturado e incidental. Quanto aos responsáveis, esperava um aumento de habilidades sociais educativas e aumento da variabilidade de interações com os filhos, enquanto habilidades sociais educativas identificam-se mudanças significativas, que antes eram déficits, e passam a ser reservas após a intervenção, mas em manutenção indica baixa frequência de oportunidades de interação no brincar com a criança.

Diante desse panorama e essa conclusão inicial sobre os indicativos de resultados do promove-pais com biblioterapia adaptada para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o presente trabalho se pauta em dois resultados principais que serão apresentados a seguir, sendo eles:

Estudo 1: Efeitos do Promove pais para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista: habilidades educativas parentais, habilidades sociais, saúde mental e conjugalidade.

Estudo 2. Efeitos de generalização do Promove pais: mudança de comportamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista nível de suporte 2.

1. INTRODUÇÃO GERAL

1.1 O Transtorno do Espectro Autista, suas características, seus comportamentos interferentes e Análise do Comportamento Aplicada

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) possui como características gerais para diagnósticos dois critérios, 1) os déficits de interações sociais e de comunicação; e 2) comportamentos repetitivos e interesses restritos. (APA, 2013, 2014). Ainda, o transtorno é considerado um espectro devido a variação de graus de dificuldades nas áreas de comunicação, interação social e tendência de comportamentos repetitivos que as crianças podem emitir (Mcconachie; Diggle, 2007). Essa população apresenta alta frequência de problemas de comportamentos, tais como comportamentos de autolesão e heteroagressão, ecolalias, vocalizações inadequadas, estereotipia, hiperatividade, entre outros (Mueller et al, 2003; Ishii Et Al, 2017; Yazawa, 2020).

Borba e Barros (2018, p.5) abordaram sobre os déficits sociais e de comunicação do TEA afetar algumas habilidades sociais, como iniciar e manter conversação, expressar sentimentos e emoções, ou tato de comportamento não verbal, em que afetam em dificuldades nas áreas de:

[...] se relacionar e conviver com outras pessoas de modo adequado; dificuldades de interessar-se pelo que o outro está fazendo, de dividir algo que lhe interessa; de olhar para as outras pessoas (especialmente olhar para o rosto das outras pessoas); de tocar ou aceitar ser tocado pelas outras pessoas [...].

A Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavior Analysis – ABA) é uma abordagem baseada em evidências amplamente recomendada para a intervenção precoce e contínua de indivíduos com TEA (Lovaas, 1987; Slocum, *et al.*, 2014). Desde a década de 1960, estudos científicos apontam que a ABA pode promover avanços significativos no desenvolvimento de habilidades sociais, cognitivas e comportamentais dessa população (Baer; Wolf; Risley, 1968).

A ABA fundamenta-se nos princípios da Análise Experimental do Comportamento, sendo uma abordagem que busca modificar comportamentos por meio do reforçamento positivo, análise funcional do comportamento e ensino estruturado (Cooper; Heron; Heward, 2007; 2014). Essa abordagem tem sido recomendada por órgãos internacionais como a American Psychological Association (APA) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) por apresentar evidências robustas de eficácia (Weitlauf *et al.*, 2014).

Dentre os principais ganhos observados com a aplicação da ABA em indivíduos com TEA, destacam-se a melhora na comunicação verbal e não verbal, o desenvolvimento de habilidades acadêmicas e a redução de comportamentos desafiadores (Howard et al., 2005). Além disso, estudos longitudinais demonstram que crianças submetidas a programas intensivos de ABA têm maior probabilidade de alcançar independência funcional na vida adulta (Reichow; Barton; Boyd; Halle, 2012).

A Análise do Comportamento Aplicada, enquanto ciência aplicada, cresceu popularmente como estratégia de intervenção para esse público em específico, a busca por terapia nesta perspectiva teórica tem ocorrido por encaminhamento de psiquiatras, neuropediatras e, em última instância, há também as solicitações realizadas por juízes, a partir de liminares. A busca pela intervenção tem ocorrido desde a publicação da obra de Kanner (1943) que lançou as bases para a compreensão do autismo, identificando a importância do contexto familiar na manifestação dos sintomas. Por sua vez, Lovaas (1987) evidenciou que intervenções comportamentais bem estruturadas podem levar a "funcionamento educacional e intelectual normal em crianças jovens com autismo", sublinhando a importância de abordagens educacionais adequadas (Lovaas, 1987, p. 5).

Lovaas (1987), a qual seu estudo mais conhecido indicou que 40 horas semanais de terapia na perspectiva da análise do comportamento promoveu mudanças comportamentais e de Quociente de Inteligência (QI) em crianças com deficiências, trouxe frente a discussão de carga horária e terapias intensivas. O modelo de terapia intensiva ainda hoje indica resultados significativos neste público, e implica em participação e consistência entre as diferentes esferas que essa criança ou adolescente frequenta em seus ambientes naturais (Smith *et al.*, 2021; Asta; Persico, 2022; Virues-Ortega *et al.*, 2022; Wergeland *et al.*, 2022.). No entanto, a prescrição atual de cargas horárias para as diferentes desenvolvimento e necessidades dentro do Espectro são discutidas e orientadas pela CASP em seu manual de orientação e diretrizes práticas para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (CASP, 2024).

1.1.1 Problemas de comportamento e TEA

Angelis e Teixeira (2022) abordam sobre os critérios diagnósticos do TEA estarem relacionados a duas grandes áreas no CID 11 e DSM 5, sendo elas: “1) Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos [...]” e “2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento [...]”. A gravidade, ou nível de suporte dos casos, são apresentados conforme as combinações desses sintomas e os impactos sociais ocasionados por

esses arranjos de sinais e sintomas. As autoras abordam que (2022, p.5) os casos de nível de suporte 1 geralmente apresenta dificuldade de comunicação e habilidades sociais, mas não se limita apenas às interações sociais, os casos níveis de suporte 2 apresenta tanto o comprometimento na linguagem quanto o apoio substancial para as interações e relações sociais, com déficits mais persistentes em habilidades sociais, e que os níveis de suporte 3 acrescentam aos seus sintomas os padrões repetitivos e os déficits intelectuais subjacentes.

Os problemas de comportamento têm sido relacionados com os estilos parentais na população com TEA, em especial, devido aos estudos indicarem associação ao modelo autoritário ou permissivo nesse contexto, o que pode correlacionar com o aumento de emissão de problemas de comportamento, em especial relacionados a superproteção e ter associação com prejuízos nas interações entre pais e filhos (Gau et al., 2010).

Dentre as classes de comportamentos nomeados como problemas ou interferentes pela literatura, na população com TEA, identifica-se a agressividade, hiperatividade, distúrbios de afeto e humor, comportamentos autodestrutivos e impulsividade (Apa, 2004; Gadia *et al.*, 2004; Marteleto Et Al., 2011, Pissaia, 2022). Há relação de estilos parentais de risco associado a problemas de comportamento, quando avaliado pelo Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e o Inventário de Estilo Parental (IEP), como indicado no estudo de Pissaia (2022).

Dentre os comportamentos problemas, ou interferentes, emitidos por crianças e adolescentes com TEA, muitos podem dificultar a inclusão social desse público, posto que aumenta a probabilidade de emissão de barreiras de aprendizagens, que podem estar relacionadas aos operantes do comportamento verbal, ou até mesmo as classes de comportamentos destrutivos, autolesivos, manias, padrões rígidos, baixa emissão de habilidades sociais, baixo contato visual, entre outros (Martone, 2017; Yazawa, 2023). Yazawa et al. (2018) abordam sobre os comportamentos problemas crônicos do desenvolvimento atípico, em especial relacionados aos comportamentos de classe agressivas que podem ser apresentados no TEA.

Os comportamentos interferentes do TEA podem se relacionar diretamente aos déficits em habilidades sociais, em especial, os déficits em comunicação verbal oralizada, a barreira de discriminação condicionada e as barreiras de tato e intraverbal podem promover contextos sociais prejudicados (Caixeta, 2019; Hora, 2017). Os déficits e excessos relacionados a comunicação são principais demandas interventivas do TEA e que acaba impactando no aumento da emissão dos interferentes, a capacitação parental voltada para a comunicação

funcional pode ser importante estratégia de desenvolvimento de repertório e redução de problemas de comportamento (Bagaiolo *et al.*, 2018).

Os sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) distinguem-se das classes de problemas de comportamento por sua natureza predominantemente neurobiológica e persistente, manifestando-se principalmente como dificuldades na comunicação social, comportamentos repetitivos e interesses restritos. Já os problemas de comportamento – como agressividade, desobediência ou birras – são frequentemente influenciados por fatores ambientais, contextuais ou emocionais, podendo ocorrer tanto em indivíduos com desenvolvimento típico quanto em pessoas com TEA. Embora essas categorias possam se sobrepor, especialmente em crianças autistas que exibem comportamentos desafiadores como forma de lidar com frustrações ou dificuldades sensoriais, a diferenciação é essencial para a escolha de intervenções apropriadas. Aproximações como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) têm se mostrado eficazes ao identificar funções específicas dos comportamentos-problema e ao ensinar habilidades sociais e comunicativas que reduzem esses comportamentos, promovendo uma abordagem individualizada e baseada em evidências.

1.1.2 Habilidades sociais e TEA

Em relação aos déficits identificados no TEA, os déficits em habilidades sociais são identificados nos três níveis de suporte, podendo ser característico para diagnóstico do Transtorno. (APA, 2014). Enquanto literatura, identificamos programas específicos de treinamento de habilidades sociais para a população com TEA, e mesmo os protocolos de avaliação e definição de objetivos comportamentais com base em marcos do desenvolvimento, as classes de habilidades sociais, habilidades grupais, responsividade social e comportamento verbal é característica da maior parte dos instrumentos (Leaf *et al.*, 2016; Chester *et al.*, 2019; Radley *et al.* 2016; Sabey *et al.*, 2020; Ezzeddine *et al.*, 2018; Guimarães, 2022).

Passareli *et al.* (2023) analisaram em sua revisão sete estudos publicados nos últimos 5 anos, de 2017 a 2023, as autoras identificaram que as principais habilidades trabalhadas com o público no TEA em Treino de Habilidades Sociais focaram em desenvolvimento de conversação social, saudações, brincadeiras sociais e a classe de tomada de perspectiva, que está relacionado com a responsividade e cooperação social, este último. Todos os estudos foram aplicados a partir da Análise do Comportamento Aplicada (ABA).

Sarmiento *et al.* (2023) discutiram em revisão sistemática que os estudos relacionados ao desenvolvimento de habilidades sociais em TEA devem compreender estratégias de

generalização também, posto que, os principais déficits em HS dessa população estão relacionados com a aquisição, manutenção e também a generalização. Os estudos analisados na revisão demonstraram até 3 meses de manutenção de repertório, em avaliação de seguimento, o que os autores classificaram como resultados promissores. Desta forma, entende-se que o contexto parental pode ser facilitador ao oportunizar e contingenciar de maneira adequada tais habilidades, contribuindo diretamente para a sustentação de habilidades sociais, como por exemplo, no brincar, levantado pelos autores como contexto de maximização de oportunidades de desenvolvimento de HS.

Guimarães (2022) identificou como comportamentos alvos de THS para crianças com TEA: ajudar e pedir desculpa, conversar e manter a interação, cumprimentar, despedir-se, engajar na tarefa, esperar a vez, dividir, fazer contato visuais, fazer e receber elogios, incluir o outro na atividade/oferecer o objeto para brincar com o par, responder perguntas e tatear eventos privados dos outros. Tais comportamentos estão classificados nas áreas de comunicação, empatia, expressar solidariedade e civilidade, sendo a de comunicação a mais frequente, e correspondente ao principal déficit sintomático presente no TEA.

1.2 Habilidades sociais educativas e orientação parental aos responsáveis com TEA

Na Análise do Comportamento (AC), há consistência na literatura sobre alguns benefícios de intervenções e especificações da Análise do Comportamento Aplicada, intervenções baseadas em ABA para a promoção do desenvolvimento em crianças com TEA, tais como a estimulação precoce e promoção de envolvimento paterno (Lovaas, 1993; Diggle; McConachie; Randle, 2005; Howard Et Al, 2014; Fava; Strauss, 2014; Brasil, 2016; Queiroz *et al.*, 2020); treinamento de pais como co-terapeutas visando consistência de objetivos terapêuticos definidos em avaliação clínica (Araújo, 2018; McConachie; Diggle, 2007; Pinheiro; Del Prette; Haase, 2002) e definição de objetivos específicos a partir de déficits e excessos das crianças (Martins; Barros, 2017; Zanini, 2017), além de intensidade e durabilidade de intervenções; (Lovaas, 1987; Salows; Graupner, 2005). A literatura tem avançado desde o estudo de Lovaas (1993), e tem demonstrado ganhos consideráveis de terapia baseada em ABA na população com TEA (Smith *et al.*, 2021; Asta; Persico, 2022; Virues-Ortega *et al.*, 2022; Wergeland, 2022).

Para McConachie e Diggle (2007) o envolvimento dos pais em intervenções de crianças com autismo se mostra importante na literatura a pelo menos três décadas; para os autores, o aumento de habilidades sociais educativas (HSE), por exemplo, permite ampliar e variar

oportunidades de aprendizagens, consistência de intervenções e melhora as primeiras relações sociais das crianças, ampliando assim, repertórios de habilidades sociais, estudos atuais ainda indicam ganhos relacionados aos mencionados pelos autores (Salomone, 2021; Rojas-Torres, *et al.*, 2020).

A respeito de estudos e práticas parentais na AC, Lawrenz *et al* (2020) diferencia conceitos de estilos parentais, práticas parentais e habilidades sociais educativas parentais, que são apresentados geralmente relacionados em estudos que investigam sobre um ou mais tópico que relaciona comportamentos de pais associados a comportamentos de crianças. As autoras definem estilos parentais como “conjunto de atitudes e práticas dos pais em relação aos filhos que caracteriza a natureza da interação entre eles” (Baumrind, 1966 Apud Lawrenz *et al.*, p.2), valores e crenças parentais associados ao temperamento da criança são abordados em alguns modelos; as práticas parentais é conceituada pela variabilidade de “técnicas utilizadas pelos pais em situações específicas de interação com os filhos” (p.2) e que é influenciada diretamente pelo contexto e cultura; quanto às habilidades sociais educativas parentais é definida como “conjunto de habilidades sociais dos pais aplicáveis à educação dos filhos e que contribuem para o seu desenvolvimento e sua aprendizagem” (p.2), que se adequa as orientações de pais como educadores, visando habilidades sociais próprias do contexto de parentalidade, justificando como contexto de ensino ampliado que visa consistência. Desta forma, o presente estudo adotará em suas discussões o conceito de habilidades sociais educativas, entendendo como o conjunto de habilidades como comunicação assertiva, expressão de sentimentos, monitoria positiva, estabelecimento de limites, entre outras, pautada nas definidas pelo Promove-Pais (Bolsoni-Silva; Fogaça, 2018).

Vieira *et al* (2018) alertam sobre a participação familiar, enquanto cooperação, no ensino e consistência de comportamentos pró-sociais que se relacionam com melhores desempenhos e aprendizagem. Há muito tempo se discute sobre a participação parental na generalização de objetivos comportamentais, Caballo (1996), por exemplo, aborda em seu capítulo “A generalização e a manutenção dos efeitos do tratamento” que a coparticipação está associado ao treinar em generalização, e associado a melhores resultados, em especial quando aborda sobre a revisão dos programas de orientação de pais, que indicam que pais competentes se associam a melhores resultados de manutenção, mas nesse caso, não específico do TEA. A orientação parental e a atuação como coterapeutas é analisados por Kanamota (2021) em seu estudo de revisão de orientações parentais a essa população, dentre os estudos analisados há o de Gomes *et al.* (2017) que buscou analisar diferenças de aplicação de programas de ensino por cuidadores e por profissionais, e não foram identificadas diferenças significativas, mostrando

que as crianças têm ganhos com o ensino nos dois contextos, desta forma, os cuidadores podem atuar como coterapeutas no ensino de novas habilidades. O estudo de Kanamota (2021) conclui sobre a importância de capacitar cuidadores de crianças com TEA para ensino de habilidades, nessa modalidade.

Habilidades sociais educativas parentais são correlacionadas às habilidades sociais das crianças, em que a frequência e variabilidade de uma afeta na frequência e variabilidade da outra (Cia, *et al.* 2006; Matos, 2018; Agostini; Freitas, 2023). Habilidades sociais podem ser definidas como conjunto de comportamentos com função a atender às diversas demandas decorrentes das relações interpessoais (Del Prette; Del Prette, 2002). Dentre esses comportamentos socialmente habilidosos está o iniciar e manter conversação, expressar sentimentos, elogiar, fazer e responder perguntas, entre outros (Caballo, 1996; Kanamota; Bolsoni-Silva; Kanamota, 2017). Estudos em literatura nacional e internacional associam ganhos de orientação em habilidades sociais educativas parentais com desenvolvimento e habilidades sociais em suas crianças e redução de comportamentos problemas (Silva, 2016; Cruz; Minetto; Weber, 2019; Bolsoni-Silva; Loureiro, 2019; Bagaiolo *et al.*, 2018).

Bolsoni-Silva e Loureiro (2019) mostraram a relação entre habilidades sociais educativas dos pais e problemas de comportamentos dos filhos, o estudo objetivou comparar práticas parentais relatadas por mães de crianças pré escolares e escolares considerando problemas de comportamentos e habilidades sociais, entre outras variáveis, e os resultados indicaram que as mães dos pré-escolares, que apresentaram problemas em habilidades sociais educativas, apresentaram menor diversidade de contextos de interação com seus filhos, o que afetava em maior frequência de problemas de comportamentos de suas crianças e baixo repertório de habilidades sociais delas. Agostini e Freitas (2022) publicaram uma revisão de literatura de habilidades sociais educativas de pais de crianças com TEA, os resultados indicaram como maior recomendação o ensino de monitoria positiva na redução de interferentes e aumento de repertório habilidoso.

Em literatura nacional, revela-se alguns estudos recentes, dos últimos cinco anos, voltados para psicoeducação e ensino de pais de crianças com transtorno do espectro autista, visando aumento de práticas parentais positivas, mas não revelaram sobre habilidades educativas parentais adaptadas para as características e comportamentos de suas crianças, que estão diagnosticadas em um Espectro (Silva, 2016; Cruz; Minetto; Weber, 2019). Todos os estudos mencionados abordaram em suas discussões sobre efeitos e correlações de interações familiares, que se aproximam de práticas parentais, e a relação de interações negativas com

problemas de comportamentos de crianças com TEA, e associam o desenvolvimento de habilidades educativas parentais com redução de problemas de comportamentos das crianças.

Os programas de orientação de pais anteriores a esse período, embora não tenham foco em crianças com transtornos específicos, indicavam eficácia para tais transtornos, sem testagem do uso. Por exemplo, uma intervenção de 2002, p.6, de Pinheiro, Del Prette e Haase, indicava o autismo como público alvo eficaz, embora não indique resultados de pesquisas específicas com essa população:

A orientação de pais tem se revelado eficaz no atendimento de diversas condições clínicas tais como: transtornos invasivos do desenvolvimento, como o autismo; transtornos externalizantes, como a hiperatividade e os comportamentos desafiadores-opositivos; ensino de habilidades da vida diária em crianças com desfavorecimentos intelectuais etc. A orientação de pais tem se revelado útil também no tratamento de transtornos internalizantes tais como depressão, fobias e déficits no desenvolvimento de habilidades sociais

Os autores ressaltaram que os ganhos para uma criança com Transtorno do Espectro Autista com este modelo de orientação de 2002 era “limitado” (Op. Cit., 2002, p.7), que os ganhos seriam no funcionamento social e cotidiano. Desta forma, ressalta-se a questão da presente pesquisa: a adaptação da biblioterapia de um programa de ensino parental com base em habilidades sociais educativas parentais a partir de reservas, déficits e excessos específicos desse público, de crianças com Transtorno do Espectro Autista, poderia maximizar ganhos dessa intervenção? Entende-se que para além dos déficits e excessos, que devem ser considerados, também é preciso se basear em nossa literatura e nas operacionalizações das HSE existentes, a partir de comportamentos com funções equivalentes.

Agostini e Freitas (2022) revisou em literatura nacional e internacional habilidades educativas de pais de crianças com TEA, dos 9 estudos identificados, constataram que a maioria contemplava a monitoria positiva, a transmissão de conteúdos de habilidades sociais, e poucos contemplaram o estabelecimento de limites e disciplina. As classes de comportamentos dominantes foram: apresentação de modelos, feedback positivo, apresentação de dicas, elogio e incentivos. Os dados foram analisados a partir do Sistema de Habilidades Sociais Educativas (SHSE) de Del Prette e Del Prette (2008), que operacionaliza as HSE.

Em contexto internacional há uma produção de estudos voltados para treino parental em que a população é de crianças com Transtorno do Espectro Autista, muitos destes voltados para a implementação de técnicas da análise do comportamento aplicada a demandas do TEA, como coterapeutas, que se aproxima da proposta do presente estudo com o ensino de reforçamento diferencial, mas se distancia em boa parte por não contemplar habilidades sociais educativas

como estabelecimento de limites, expressão de sentimentos, comunicação, etc. Boutain, Sheldon e Sherman (2020) relataram que um método que tem se mostrado efetivo é a orientação de Habilidades Comportamentais (BST – Behavioral Skills Training), que auxilia esses pais a aprenderem a praticar modelagem, análise funcional e outros procedimentos que auxiliam o ensino de comportamentos; o ensino é definido a partir de déficits ou excessos comportamentais das crianças, por exemplo, quando verificado o excesso da classe de comportamentos agressivos, esse é um dos objetivos da orientação, e ensina os pais a realizar intervenções que diminua ou extinga o comportamento alvo, nesse contexto o foco é principalmente a frequência e a topografia de interferentes, o foco se dá mais aos comportamentos problemas do que na promoção de reservas funcionalmente equivalentes.

Wang (2008) investigou sobre efeitos de um programa de ensino parental sobre habilidades interativas com crianças com TEA, a orientação consistia em 20 horas com 16h de intervenções grupais e 4h de individuais, utilizou como recursos palestra, apostila, *role play*, instruções, feedback e modelagem, a orientação versava sobre quatro lições, 1) informações sobre o autismo; 2) princípios básicos de comportamento (reforço e esquemas de reforçamento, modelagem, extinção), 3) abordagem naturalística de ensino, 4) como conduzir análise funcional dos comportamentos. Os resultados indicaram que na linha de base havia baixa emissão de respostas afetivas como emissão de sorrisos na interação e o grupo que passou por ensino aumentou tais respostas, ainda, os pais que foram treinados ampliaram a variedade de brinquedos e brincadeiras livres com os filhos. O estudo indicou limitações, como observação da interação pais e filhos pelo tempo de 5 minutos.

Zand et al. (2018) em estudo piloto sobre um programa nomeado como de “práticas positivas” com pais de crianças com autismo indicou que a eficácia dos programas de pais e crianças com TEA tem buscado o pai como coterapeutas, os ensinando a reduzirem sintomatologia através da promoção da interação social, da comunicação e da imitação de habilidades, os autores apoiam esse uso do (Bearss, et al 2015 apud Zand et al., 2018, p. 902). O estudo de Zand et al (2018) aborda sobre a implementação de um programa de 4 encontros (SS Triple P), a intervenção, nesse estudo, visa um a dois comportamentos problemas da criança e é realizado de maneira individual, os encontros possuem objetivos: 1) ensinar a identificar comportamentos problemas; 2) os profissionais estabelecem um plano de ação com os responsáveis a partir de intervenções baseadas em evidências; 3) o plano de ação é ajustado conforme análise de comportamentos problemas mais frequentes (excessos) e 4) são definidas estratégias de generalizações, o programa em si tem demonstrado resultados de redução de negligência parental e aumento de monitoria positiva em outros estudos, como o de Schrott et

al (2018). Os resultados indicaram aceitabilidade dos pais; estatisticamente o estudo relatou a necessidade de uma terceira medida para a comparação de mudança de comportamentos inadequados, embora os pais tenham relatado melhorias do pré para o pós intervenção, mas não foi estatisticamente significativo, ainda, o estudo revelou necessidade de adaptações voltadas para especificidades do TEA no programa, em especial a educação sobre TEA.

1.2.1 Conjugalidade e TEA

A conjugalidade de pais de crianças com TEA podem ser afetadas a partir de contingências de estresse relacionado a demanda de cuidado que essas famílias precisam desempenhar, além de custos financeiros altos. Um estudo de Sim et al.(2017) identificou que a satisfação na conjugalidade estava correlacionado de maneira inversamente proporcional com o estresse parental, ou seja, quanto maior o estresse, menor a satisfação do casal. O estudo de Benson e Kersh (2011), longitudinal de 2 anos, buscou examinar o impacto da qualidade conjugal de pais de crianças com TEA em humor deprimido, eficácia parental e bem estar, os resultados de análise de regressões múltiplas indicaram que a qualidade conjugal é um preditor transversal e longitudinal significativo para o ajustamento materno, nesse sentido, a qualidade conjugal previu negativamente a depressão materna e positivamente a eficácia parental, contextos conjugais positivos se associaram com menores índices de depressão e maior eficácia parental, nesse estudo, no entanto, além da qualidade conjugal, outros fatores familiares e infantis foram preditores significativos do ajustamento materno, como os problemas de comportamento da criança e nível de suporte se relacionaram negativamente, e os comportamentos pró-sociais positivamente.

Machado et al. (2022) realizaram uma revisão integrativa de literatura dos últimos dez anos, de 2010 a 2020, e dentre os 39 estudos analisados identificaram como fatores de risco à saúde do casal a sobrecarga de cuidados que os filhos com TEA demandam, o isolamento social e baixo acesso a reforçadores sociais e atividades prazerosas decorrentes das altas demandas de tarefas e a situação socioeconômica, em especial quando relacionado aos altos custos de tratamentos da criança. Quanto aos fatores de proteção, o estudo indicou as habilidades sociais dos cônjuges e o repertório de diálogo, a divisão de tarefas e o amparo do parceiro enquanto rede de apoio e as intervenções de acesso à informação ou terapêutico para ambos.

Fonseca et al. (2019) realizaram uma revisão sistemática sobre as influências do diagnóstico do TEA nas relações familiares. Os autores analisaram 17 artigos, identificaram as mães como vínculo de maior impacto, e associação do diagnóstico com aumento de sintomas

de estresse, ansiedade, depressão, queixas de sintomas físicos e sobrecarga, sendo que tais fatores se relacionavam diretamente com a relação conjugal. Aguirres et al. (2021) Também identificou impacto maior nas mães, posto a figura paterna como menos efetiva na oferta de cuidado. O estudo de Fonseca et al. (2019, p.417) identificou cinco trabalhos que relacionaram o aumento de divórcios e de interferência na satisfação conjugal decorrentes de sobrecarga e discrepância na divisão de tarefas relacionadas aos cuidados dos filhos (Hartley *et al.*, 2010; Hartley *et al.*, 2011; Hartley *et al.*, 2012; Koydemir; Tsun, 2009; Divan *et al.*, 2012 Apud Fonseca *et al.*, 2019).

1.2.2 Parentalidade e TEA

Entende-se estilo parental como uma classe de comportamentos, ou seja, um conjunto, que promove diferentes relações entre pais e filhos e que possa caracterizar essa relação, a partir das compreensões de estilo parental definidas por Baumrid (1966/1971) e retomada por Gomide (2003, 2005). A respeito da parentalidade, estilo parental e coparentalidade no contexto de pais de crianças com TEA, Maciel-Portes et al (2022) identificou correlação de contextos parentais de crianças com TEA associado a estilos parentais autoritários relacionados aos pais e estilos permissivos e autoritativos relacionados as mães de crianças com TEA.

Quando analisado em literatura, o estilo parental permissivo, com baixo estabelecimento de limites é o mais identificado nos estudos que buscam avaliar esse constructo em pais de crianças com TEA. Van Steijn et al. (2013) em um estudo qualitativo transversal concluiu uma tendência de pais e mães de crianças com TDAH e TEA a apresentarem estilo parental permissivo. O estudo de Van Tongerloo et al. (2015) identificou também que pais de crianças com TEA tendem a aplicar o estilo parental permissivo, e o estudo relacional tal estilo ao aumento de risco de comportamentos desafiantes na população. Clauser et al. (2020) identificou estilos parentais autoritários em pais de crianças com TEA, e maior incidência de estresse parental associada a alta frequência de emissão de externalizantes das crianças.

O estilo parental permissivo também é identificado na revisão integrativa de Carmo et al. (2018), nele as autoras identificam que há uma associação a permissividade com a proteção, em muitos estudos que analisaram estilo parental dessa população, de pais de crianças com TEA e que este estilo “[...] acaba resultando em deficiência para delimitar regras e limites para a criança, bem como estabelece poucas demandas de responsabilidade [...]” (Carmo *et al.*, 2018, p.211). Há também uma associação desses pais a comportamentos da classe de tolerância,

afetividade e busca por satisfazer de maneira generalizada os pedidos dos filhos, que também está relacionada com o baixo repertório de estabelecimento de limites.

1.2.3 Saúde parental e TEA

Pissaia (2022) aborda sobre o contexto parental de crianças com TEA ter alta incidência de estresse parental, e destaca a necessidade das intervenções que atuem com esse público destacar a importância da participação familiar no tratamento, e que tais intervenções busque contribuir na redução de fatores de risco para o estresse parental.

Bozoglan e Kumar (2021) identificaram associação de fatores de risco de estresse decorrentes da parentalidade de pais de crianças com TEA, e nesse mesmo estudo foi identificado prejuízos na interação pais e filhos e a parentalidade negativa foi associada a uso excessivo de telas e internet pelas crianças com TEA.

Faro et al. (2019) identificou que as mães de crianças e adolescentes com TEA demonstram maiores níveis de estresse e sobrecarga, sendo que, dentre os familiares que participam do cuidado dessa população, são as mães que são as principais cuidadoras dessa população. Essa sobrecarga materna e alto índice de estresse também foi discutido por Constantinidis et al., 2019, que também verificaram em seu estudo que há alto risco de abandono e rejeição do autismo pelos pais, sendo fator de risco para aumento desta sobrecarga materna. Este abandono e rejeição afetam diretamente a dinâmica familiar, com a sobrecarga materna, no entanto, o primeiro aspecto que já afeta esta dinâmica é o próprio diagnóstico do TEA. Fonseca et al., (2019) abordou que a partir das demandas que o diagnóstico afeta, enquanto custo de resposta, que necessita alta demanda de tempo para cuidado e seguimento de rotina de intervenções intensivas em muitos dos casos, tais barreiras decorrentes do diagnóstico se relaciona com a sobrecarga de cuidado, baixa adesão e acesso a reforçadores sociais e aumento de estresse, depressão e sobrecarga.

O estudo de Clauser et al. (2020) buscou identificar a relação do estilo parental com o estresse parental, em pais de crianças com TEA, e avaliar o quanto o nível de suporte estava relacionado com estresse parental, estilo parental e a emissão de externalizantes e internalizantes, em análise de regressão o estudo não identificou o estilo parental como um moderador entre o nível de suporte do TEA e comportamentos internalizantes, não foi significativo. No entanto, o estudo de Clauser et al. (2020) revelou correlações moderadas entre o nível de suporte da criança e o índice de estresse parental, dado discutido também por Bagaiolo et al. (2018). Ainda, os autores identificaram correlação do nível de estresse com

emissão de internalizantes e externalizantes, no entanto, o estudo não identificou correlação significativa do estresse com o estilo parental.

1.3 Promove pais – Programa de orientação parental baseado em Goldiamond e Webster-Stratton e Hebert

Compreendido o contexto parental, a importância das orientações parentais na promoção de saúde e desenvolvimento de habilidades sociais de pais e filhos, o Promove pais pode ser importante ferramenta que se insere nessa lacuna social e científica. E para entender os alcances deste programa, é importante compreender sua construção, seus pressupostos e como podemos vinculá-lo a uma prática efetiva.

A biblioterapia (Oliveira; Grassi; Bolsoni-Silva, 2024) foi adaptada para o contexto da parentalidade de responsáveis por crianças com TEA foi desenvolvido seguindo a estrutura de aplicabilidade do Promove-pais (Bolsoni-Silva; Fogaça, 2018). Ambos, a biblioterapia e o programa de ensino, seguem o modelo colaborativo de Webster-Stratton e Hebert (1993), que implica em respeito a colaboração e contribuição dos participantes da orientação, que pode ser compreendido pelo papel do terapeuta em estabelecer contingências que fortaleçam o senso de responsabilidade dos pais, por encontrar soluções e aumento do senso de confiança (Bolsoni-Silva; Fogaça, 2018, p. 50). Nesse modelo, é imprescindível que o terapeuta colabore na construção de uma relação encorajadora, que possibilite o espaço de acolhimento, empatia, humor adequado, otimismo e de defesa do paterno e materno, e a autorrevelação pode ser ferramenta associada ao desenvolvimento desse contexto. Ainda, é importante que o terapeuta capacite os pais para atuarem como protagonistas das discussões temáticas, favorecendo que eles leiam, compartilhem, tenham suas ideias validadas e reforçadas, promova a autopercepção e modifique controle por regras pouco realistas para uma melhor análise de contextos e funções de comportamentos, além disso, o terapeuta deve buscar a construção de um sistema de suporte e acolhimento com a família, contribuindo como rede do núcleo familiar.

Um terceiro papel do terapeuta colaborativo é o de ensinar, com o cuidado de não impor novas regras, princípios ou saberes como absolutos, sendo modelo para o ensino de habilidades desses pais com os filhos, desta forma, explicações, adaptações e justificativas são essenciais na exposição de ideias abordadas pelo terapeuta. Se estamos discutindo sobre contextos de desenvolvimento, é importante justificar com o que se acessa de dados empíricos sobre a área. Nesse papel de ensinar, no modelo colaborativo, as tarefas se mostram importantes ferramentas para que os pais apliquem a observação, auto-observação, e oportunize mudanças de

contingências. Além das tarefas, o uso de estratégias como ensaios comportamentais, videomodelação, avaliações dos encontros e modelações e modelagens que contribuam para as generalizações são recursos indispensáveis ao ensino.

O quarto papel do terapeuta no modelo colaborativo é o seu cuidado com as interpretações, além de favorecer contingências para que os pais realizem análises funcionais, estabelecimento de hipóteses, o terapeuta deve se atentar as suas habilidades de sínteses, estabelecimento de hipóteses e análises, solicitando a contribuição dos participantes. E um quinto papel está relacionado à capacidade do terapeuta de guiar a sessão, antecipar momentos importantes a serem seguidos, respeitar cronograma levantado, e favorecer a participação de todos, mesmo que em contextos grupais tenha a tendência para alguns monopolizar, ainda assim, é importante o estabelecimento de limites pelo terapeuta, além de lidar com as resistências do grupo, seja em um momento de interrupção de monopolização de fala, ou a baixa motivação de alguns membros para participar.

Um sexto papel do terapeuta no modelo colaborativo é antecipar situações problemas com base nas formulações e contingentes ao contexto da temática abordada, além de sua sinalização para as resistências dos participantes, baixa motivação e baixo compromisso com tarefa, além da monitoria positiva de dar feedback às tarefas, elogiar contribuições e participações dentro do grupo, fortalecendo assim a participação dos membros. Bolsoni-Silva e Fogaça (2018, p.54) sintetizam esses papeis em: 1) O terapeuta precisa ensinar os pais a resolver problemas. Em essência, ao final da terapia, os pais têm que ser seus próprios terapeutas; 2) O terapeuta deve ajudar os pais a compreenderem o temperamento da criança. Eles são encorajados a ser empáticos com a criança e a compreender as necessidades dela; 3) O terapeuta ajuda os pais a trabalhar antecipadamente, monitorando e resolvendo problemas, inclusive depois do término do grupo; 4) Os pais precisam aceitar não apenas as dificuldades das crianças, mas também suas próprias dificuldades e seus erros; 5) Os pais precisam aprender a se posicionarem como indivíduos e como casais; 6) O terapeuta assume, portanto, diversos papeis: suporte, professor, interpretador, e condutor, de maneira a ajudar os pais a resolver seus problemas com os filhos; 7) Assumir esses papeis e lidar com a resistência exige muitas habilidades clínicas; e 8) É importante que o terapeuta também tenha uma rede de apoio que o ajude a identificar erros e a encontrar novas estratégias para lidar com os pais.

Portanto, os terapeutas podem aprender com seus erros, vendo que não há soluções mágicas e sendo realistas sobre os objetivos do tratamento. [...] O processo colaborativo constantemente fornece nova aprendizagem para o terapeuta.

E quanto ao modelo construcional de Goldiamond (2002) há uma crítica explícita às contingências de ensino de promoção de mudança de comportamento com foco no “problema”, apenas nos excessos. O que é nítido na literatura quando se trata de intervenções baseadas no TEA. Nesse modelo, procura-se a substituição de procedimentos que eliminem padrões comportamentais interferentes, tais como a extinção, e que seja focado em intervenções que busquem promover comportamentos alternativos, desta forma, busca ampliar aquisição de novas reservas, diminuir déficits e promover aquisição de novos repertórios que sejam socialmente adequados, e que concorrentemente, diminua os interferentes. Desta forma, o modelo construcional se baseia em ensino de reforço diferencial, reforçamento positivo, auto registro e auto-observação e modelagem de comportamentos por aproximações sucessivas.

Quando comparados os programas anteriormente citados com o Promove pais e a biblioterapia adaptada ao TEA, vale o questionamento: o que eles têm de diferente dos demais programas de ensino e de orientação parental? Em especial o Promove pais com a biblioterapia específica ao TEA, contexto de ensino da atual pesquisa, possui como base os dois modelos citados acima, busca compreender déficits e excessos tanto quanto as reservas comportamentais das crianças. Desta forma, diferente dos ensinamentos existentes que abarcam apenas algumas habilidades sociais educativas, ou que focam apenas em déficits e excessos das crianças, o programa visa ampliar as orientações para as reservas, para a colaboração dos responsáveis no levantamento das demandas, e a ampliação da atuação desses para além de coterapeutas, mas que sejam educadores e modelos de habilidades sociais essenciais para a promoção de desenvolvimento das crianças, compreendendo a maior parte da operacionalização do SHSE, destacando: habilidades sociais de comunicação, expressão de sentimentos, elaboração de feedback, reconhecimento de direitos, estabelecimento de limites, entre outras.

Desta forma, diante da problemática da escassez de programas voltados para ensino de habilidades educativas parentais de pais e responsáveis de crianças com TEA, programas adaptados e que considerem características do Espectro Autista em sua condução, mas que não se limite ao ensino de manejo a comportamento problema ou a psicoeducação, apenas, como identificado nos estudos de revisão de Mueller *et al.* (2003), Ishii *et al.* (2017), Yazawa (2020), e Kanamota (2021). Busca expandir os objetivos de ensino das orientações de pais já existentes para a população com TEA, buscando abarcar a maior classe de operacionalização da HSE, para demandas específicas de crianças com TEA, tais como: padrões repetitivos, déficits em repertório social, alterações em comportamento verbal, comportamentos de autoestimulação, auto e hetero agressão entre outros, auxiliando também com propostas de promover variabilidade comportamental, com foco nas reservas comportamentais das crianças e busca

por ampliação, que vise também estimular comportamentos básicos quando estes estão ausentes, em baixa frequência, ou emitidos de maneiras inadequadas, como os padrões de repetição, através da monitoria positiva e desempenho parental afetivo.

A presente pesquisa visa contribuir com a ausência de recursos nacionais de ensino de habilidades e adaptado para pais de crianças com TEA, a partir de comportamentos característicos do espectro e que foque no desenvolvimento de habilidades sociais educativas para além de manejo de comportamentos problemas. Ainda, o estudo busca atender a demandas e necessidades da sociedade de ampliar alcances terapêuticos para o desenvolvimento das crianças em pauta e seus familiares, a partir da orientação parental, que poderá contribuir com a prática clínica com esse público, auxiliar em aumento de repertório de socialização e efetiva inclusão social.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente projeto é analisar e descrever efeitos do Promove-Pais, associado a cartilha informativa de biblioterapia adaptada ao público com TEA, quanto às práticas educativas (positivas e negativas) e, adicionalmente, identificar indicadores de promoção de saúde mental, habilidades sociais dos cuidadores, e mudanças em comportamentos, como problemas de comportamentos e habilidades sociais das crianças com Transtorno do Espectro Autista.

2.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral, definiu-se como objetivos específicos:

- Verificar efeitos do Promove pais para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), em repertório de práticas positivas (HSE) e práticas negativas dos pais/responsáveis;
- Verificar efeitos de generalização do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA em repertório de habilidades sociais de crianças com TEA e problemas de comportamentos

3. MÉTODO

3.1 Local

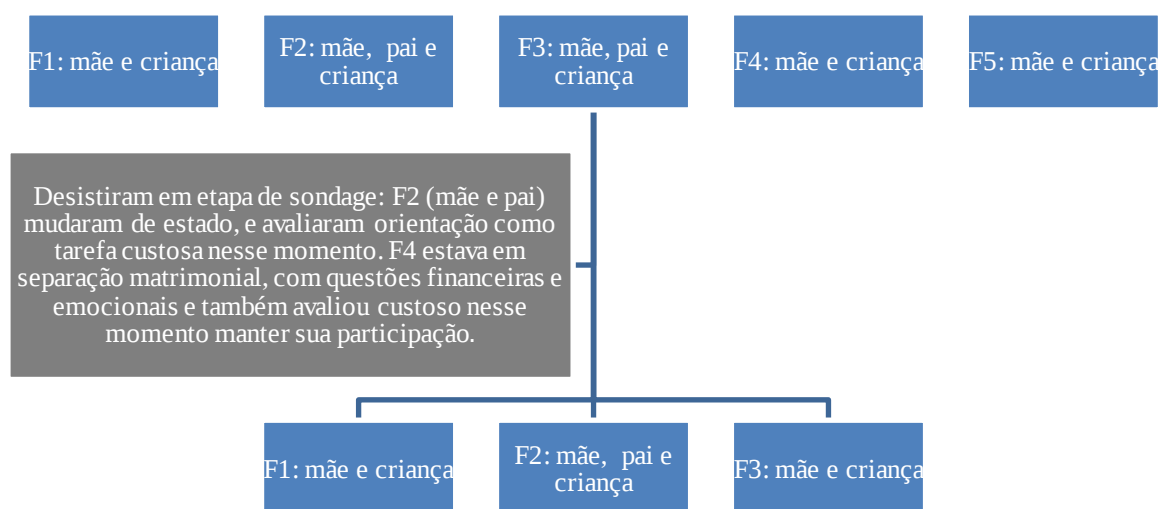
A pesquisa foi realizada em uma clínica de Psicologia situada em um município da região metropolitana de São Paulo, caracterizado por apresentar infraestrutura urbana consolidada e acesso a serviços especializados em saúde mental. O local foi selecionado por dispor de equipe multiprofissional com experiência no atendimento a crianças com desenvolvimento atípico, além de oferecer ambiente adequado para a observação e coleta sistemática de dados. Importante ressaltar que a pesquisadora não mantinha qualquer vínculo empregatício ou funcional com a referida clínica, garantindo a imparcialidade na condução do estudo e a integridade ética da investigação.

3.2 Participantes

A pesquisa foi realizada em uma cidade da região metropolitana de São Paulo, a estratégia de recrutamento foi divulgação de folder em ambiente clínico que atendem a população alvo, por meio de convênio, particulares e liminares. A pesquisadora solicitou consentimento da responsável técnica, com parecer favorável à divulgação no ambiente. As coletas ocorreram em mesmo ambiente clínico, aos sábados, presencialmente. As sessões de coleta e aplicação do programa tiveram média de 1 hora e 20 cada encontro, com mínimo de 55 minutos e máximo de 2 horas.

Tendo em vista o atual aumento de busca de intervenções baseada em Análise do Comportamento Aplicado ao desenvolvimento de pessoas com autismo ou outras deficiências (Silva; Pumariega, 2022; Cavalcante, 2023), a pesquisa buscou responsáveis de crianças com TEA, que estivessem vinculados à terapia na perspectiva da Análise do comportamento Aplicada, ABA, em clínica multiprofissional na cidade de São Paulo e municípios, e com acesso às mesmas especialidades e cargas horárias compatíveis para controle de variáveis intervenientes. Foi realizada a aplicação do programa como estudo-piloto para avaliação das adaptações, em crianças com TEA com nível de suporte 1, neste estudo piloto participaram outras duas famílias, anterior a presente coleta. Os achados, em detalhe, serão objeto de outra investigação (Grassi, 2025).

Ao todo, na amostra da presente pesquisa, inicialmente tiveram sete responsáveis participantes, sendo dois casais e três mães, ao fim da pesquisa restaram apenas quatro participantes e suas crianças, sendo um casal e duas mães. O fluxograma abaixo identifica a amostra inicial e final e a respectiva justificativa de desistência da participação.

Figura 1 - Amostra inicial e final.

Fonte: autora.

Foram considerados participantes tanto as crianças quanto os responsáveis por elas, posto que comportamentos das crianças também foram medidas de avaliação pré e pós intervenção com os pais, nos três casos infantis, foi solicitado assentimento da criança em querer participar e ser filmada, as três crianças concordaram com a filmagem, material o qual foi utilizado para avaliação de comportamentos relevantes e barreiras de aprendizagem, apenas a fim de formulação de caso. Não houve documento de assentimento, devido a dispensa anteriormente relatada.

As crianças da presente pesquisa tinham entre 6 e 9 anos, inicialmente, com diagnóstico fechado de TEA, nível de suporte 2 definido por médico neuropediatra, estar em terapia comportamental com carga horária de terapia intensiva de no mínimo 20 horas semanais, e a família não estava realizando outra orientação parental. Justifica a escolha de crianças com diagnóstico em nível de suporte 2 compreendendo a possibilidade de generalização para o nível de suporte 1 também, a ser investigada em estudos futuros, posto a aproximação dos níveis a partir da escala *Childhood Autism Rating Scale - CARS* (Pereira, et al., 2008; Rapin; Godman, 2008), assim, pelo diagnóstico há a possibilidade de diminuição da capacidade de decisão dessas crianças, o que respalda a adoção de o termo de consentimento de participação das crianças pelos pais. Outro motivo de escolha do nível de suporte 2, ou suporte substancial, relaciona-se ao fato dos sintomas impactarem em déficits em habilidades sociais e em baixa responsividade social, comportamentos muito relacionados a interação parental.

3.3 Delineamento

Utilizou o delineamento de linha de base múltipla entre participantes (Cozby, 2003; Sampaio *et al.*, 2008; Coon; Rapp, 2018). A escolha deste delineamento é justificada pela perspectiva teórica do trabalho e da intervenção, como definido por Benitez, Domeniconi e Bondioli (2019, p.4) “implica que a avaliação se dará buscando manter isolados os efeitos das intervenções no âmbito dos comportamentos, situações ou sujeitos”, na perspectiva de sujeito único e de comparações de comportamentos do próprio sujeito em momentos diferentes (Andery, 2010).

O delineamento inicial da presente pesquisa está caracterizado na Figura 2.

Figura 2 - Caracterização de delineamento - proposta inicial

Participante				Procedimentos						
F1	S1	S2	LB	PÓS-I		SEG		SEG		
F2	S1	S2	S3	LB	PÓS-I		SEG		SEG	
F3	S1	S2	S3	S4	LB	PÓS-I		SEG		SEG
F4	S1	S2	S3	S4	S5	LB	PÓS-I		SEG	SEG
F5	S1	S2	S3	S4	S5	S6	LB	PÓS-I	SEG	SEG

Legenda: S: sonda; LB: Linha de Base; Pós-Int: pós-intervenção; SEG: seguimento, follow up; Linha tracejada: intervenção.

Fonte: autora.

3.4 Procedimentos éticos

A pesquisa envolveu participantes humanos e seguiu os padrões éticos conforme resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida ao comitê de ética correspondente indicando seus riscos mínimos, ressaltando a questão do sigilo ético e participação voluntária para as participantes, e recebeu parecer favorável (CAEE: 53076421.9.0000.5398). A submissão ao comitê declarou condições de avaliação e ensino em modelo online e presencial, sendo realizado de modo remoto no estudo piloto, indicando benefícios e mudanças nas duas modalidades.

A pesquisa declara que emitiu o assentimento pelo responsável legal, e o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) pela participação das crianças não pode ser respondido pelas mesmas, devido às singularidades das crianças, em idade pré-alfabetização e com

diagnóstico de TEA em nível de suporte 2, desta forma, apenas contou com o Termo de Consentimento do responsável. Esse procedimento de assentimento por responsáveis se respalda na resolução 510, capítulo 1, art 2º e parágrafo XXII, justifica também, como solicitado na Seção 1, art 12, que a criança terá acesso à informação de acordo com a sua capacidade e que o projeto apresentará justificativa da escolha de crianças em situação de diminuição de sua capacidade de decisão.

3.5 Instrumentos

O instrumento base para a orientação de habilidades sociais educativas foi o PROMOVE PAIS, de Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), e que contou com uma biblioterapia adaptada as características do TEA, do livro “Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA” - Teoria e Prática. (Oliveira; Grassi; Bolsoni-Silva, 2024). O programa é realizado em 14 sessões que abordam repertórios socialmente habilidosos definidos, tais como iniciar e manter conversações, fazer e responder perguntas, expressar sentimentos, estabelecer limites, entre outros, e uma 15ª sessão de temática aberta. A intervenção segue o modelo colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993), em que os pais/responsáveis são encorajados a colaborar e identificar soluções, respostas para as situações propostas, além de serem ativos no processo com tarefas de observação, auto observação e registros. Ainda, segue os pressupostos do modelo construcional de Goldiamond (2002) que visa apresentar adaptações e discussão das temáticas partir das demandas observadas em formulação de caso inicial, a partir de ensino de repertórios funcionalmente equivalentes as queixas iniciais. A presente proposta, para temática da pesquisa, foi de intervenção familiar individual, mas o programa pode ser utilizado também em grupo parentais, com bons resultados identificados na literatura (Guimarães, *et al.*, 2018; Silva; Mélo, 2022; Pianovski; Silveira, 2021).

A pesquisa utilizou instrumentos de seleção para descarte dos critérios de exclusão, tais como o WISC IV (Wechsler, 2013) e a escala CARS IP (Rapin; Goldman, 2008). Realizado apenas no início do contato com os inscritos e selecionados. Os casos que demonstraram interesse, mas não foram selecionados pelos critérios, foram convidados a participar de uma proposta grupal não vinculada à pesquisa.

Quanto aos instrumentos de avaliação, com medidas repetidas em pelo menos três momentos: linha de base, avaliação de intervenção e de seguimento. Alguns dos instrumentos não foram aplicados em todas as sondas, tais como a filmagem, o RE-HSEP (Bolsoni; Loreiro;

Marturano, 2016), o SRS-2, SSRS (Barbosa et al., 2015), o BPI (Baraldi et al., 2013), e o SDQ (Saur; Loureiro, 2012), por instrução dos autores sobre a necessidade de maior intervalo entre aplicações. Os instrumentos que serão utilizados para avaliação de comportamentos interferentes (aqui assim nomeados, mas também entendidos como problemas de comportamento) relacionados ao TEA nesses três momentos são:

- **Aberrant Behavior Checklist (ABC)**, versão traduzida de Losapio et al (2011). 58 itens, 5 domínios ou classes de comportamentos problemas, sendo irritabilidade, agitação e choro (15 itens); Letargia e Esquiva Social (16 itens); Comportamentos estereotipados (7 itens); hiperatividade (16 itens) e fala inapropriada (4 itens). Os comportamentos podem ser classificados como ausentes ou leves (quando os escores são baixos), moderados ou severos (quando os escores são altos, indicando maior comprometimento). Cada subescala pode ser analisada separadamente para indicar áreas específicas de dificuldades comportamentais que necessitam de intervenção. O instrumento possui validade psicométrica com boa consistência e confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,91) e excelente confiabilidade de teste-reteste ($r = 0,98$). (Aman et al., 1985).

- **Avaliação de Barreiras de Aprendizagem pelo Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP Barriers Assessment)** (Sundberg, 2008; Martone, 2017). A avaliação de barreiras é composta por 24 classes de comportamentos problemas que atrapalham ou impedem o aprendizado, sendo eles: comportamentos problemas; falta de controle instrucional; mandos comprometidos; tatos comprometidos; ecóicos comprometidos; imitação comprometida; emparelhamento com o modelo comprometido; Habilidades de ouvinte comprometida; intraverbais comprometidos; habilidades sociais comprometidas; dependente de dica; Adivinhação; Rastreamento comprometido; Discriminação condicional falha; falha em generalizar; motivadores fracos; Custo da resposta x OMS; dependente de reforçamento; auto-estimulação; dificuldades articulatórias; comportamentos obsessivos compulsivo; hiperatividade; falha em manter contato visual; defesa sensorial. Alguns autores apontam a fragilidade do instrumento devido à ausência de medida psicométrica (Dixon et al, 2015; Gould et al, 2011). O manual do VB-MAPP menciona que seus componentes — incluindo o *Barriers Assessment* (avaliação de barreiras) — podem ser usados de forma independente, dependendo das necessidades do indivíduo avaliado.

- **O Inventário de Problemas de Comportamento (IPC ou BPI-01)** é composto por 49 itens, que podem ser estendidos até 51 itens, adicionando um item a mais em cada subescala. Ele compreende três escalas, sendo a de comportamento auto-agressivo composta por 14 itens, a escala de comportamento estereotipado composta por 24 itens e a de comportamento agressivo/destrutivo composta por 11 itens. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna, na versão para pais, o Alpha de Cronbach de 0,65 para comportamentos de auto-agressão, 0,82 para comportamento estereotipado e 0,91 para comportamentos agressivos/destrutivos, sendo essas 3 classes de comportamentos as subescalas de avaliação. (Baraldi *et al.*, 2013).

- **Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)** é composto por 25 itens, sendo 10 de capacidades, 14 de dificuldades e um item neutro. Busca avaliar comportamentos de crianças e adolescentes dos 4 aos 16 anos, nessa versão, utilizada foi a respondida pelos responsáveis pela criança. O SDQ se divide em cinco subescalas, sendo: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamentos com colegas e comportamento pró-social. Cada item é avaliado em uma escala de 3 pontos. As subescalas de dificuldades são somadas para obter um escore total de dificuldades, enquanto a subescalas de capacidades avalia comportamentos positivos. Os escores podem ser classificados como normais, limítrofes ou anormais, com base em pontos de corte específicos. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna, na versão para pais, o Alpha de Cronbach variou de 0,60 a 0,88 em escore total (Saur; Loureiro, 2012).

- **Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas versão para pais (QRSH-pais)** é composto por 22 itens que contém comportamentos indicativos de habilidades sociais. As classificações podem ser nomeadas em clínico e não clínico. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,82). (Bolsoni-Silva; Loureiro, 2020)

Os instrumentos utilizados para avaliação de habilidades sociais, e que também mensura problemas de comportamentos e responsividade foram:

- **Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR)** o instrumento avalia habilidades sociais e comportamentos problemas, por meio de subescalas de responsabilidade; autocontrole; afetividade/cooperação; desenvoltura social e civilidade, e

problemas de comportamentos distribuídos em externalizantes e internalizantes. No que se refere às habilidades sociais, a classificação final pode indicar que a criança está acima da média (percentil acima de 75, com um bom repertório de habilidades sociais), na média (percentil entre 25 e 75, dentro do desenvolvimento esperado) ou abaixo da média (percentil abaixo de 25, indicando dificuldades sociais). Quanto aos comportamentos problema, os resultados são classificados em baixo risco (percentil abaixo de 25, sugerindo poucos comportamentos problemáticos), médio risco (percentil entre 25 e 75, indicando presença de alguns comportamentos, mas dentro da média) e alto risco (percentil acima de 75, apontando a necessidade de intervenção). O instrumento é validado com propriedades psicométricas adequadas, com valores adequados de confiabilidade. O instrumento possui Alpha de Cronbach igual a 0,86 para habilidades sociais; e Alpha de Cronbach igual a 0,83 para comportamentos problemáticos. (Bandeira et al., 2008).

- **A Escala de Responsividade Social (SRS-2)** é composta por 65 itens, mensurados de 0 a 3, e seu ponto mínimo e máximo é de 0 a 195. O instrumento é dividido em cinco subescalas, sendo consciência social; cognição social; motivação social; comunicação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos. Consiste em 65 itens, com respostas em uma escala *Likert* de 4 pontos, variando de "nunca verdadeiro" a "quase sempre verdadeiro". Os escores totais fornecem uma medida da gravidade dos déficits de interação social, classificados em intervalos que indicam desde ausência de déficits clinicamente significativos até déficits severos. A escala geral demonstra boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de 0,95. (Barbosa et al., 2015).

E os instrumentos utilizados para avaliação de habilidades sociais educativas parentais, relação conjugal e saúde parental foram:

- **Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas e Parentais (RE-HSE-P)**, de Bolsoni-Silva; Loureiro; Maturano (2016). O instrumento possui validade psicométrica com boa consistência e confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,846). Avalia práticas parentais a partir de dois fatores, sendo um total negativo (que mensura: problemas de comportamento e práticas negativas) e outro positivo (que mensura: habilidades sociais educativas, habilidades sociais e variáveis de contexto). A análise pode incluir a frequência e a adequação dessas práticas, as classificações são nomeadas como “clínico” e “não clínico”.

- **Inventário de Habilidades Sociais (IHS)** é composto por 38 itens de autorelato, que se divide em cinco subescalas ou fatores, sendo um primeiro de conversação assertiva (alfa: 0,93); um segundo de abordagem afetivo sexual (alfa: 0,77); um terceiro de expressão de sentimentos positivo (alfa: 0,89); um quarto de autocontrole e enfrentamento (alfa: 0,84); e um quinto de desenvoltura social (alfa: 0,84). O instrumento de avaliação psicométrica possui alta confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,94). (Del Prette; Del Prette, 2018).

- **Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)**, de Lovibond e Lovibond (1995), proposta em português por Vignola e Tucci (2014) e adaptada culturalmente por Martins et al (2019) a escala do tipo *Likert* que se divide em três fatores (depressão, ansiedade e estresse). Os resultados são classificados em níveis de severidade: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo, de acordo com os pontos de corte estabelecidos no manual. O instrumento completo enquanto avaliação psicométrica possui alta confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,88).

- **Questionário de Relacionamento Conjugal (QRC)**, de Bolsoni-Silva e Marturano, (2010). O instrumento mensura o relacionamento conjugal positivo, negativo e a satisfação conjugal. O QRC possui sete conjunto e informações sendo “definição do parceiro(a), expressividade de carinho entre os parceiros(as), comunicação estabelecida entre o casal, identificação e estabilidade de características positivas e negativas do(a) parceiro(a) e avaliação do relacionamento conjugal” (Bolsoni-Silva; Marturano, 2010, p.69). O instrumento demonstrou confiabilidade por teste-reteste que obteve ($r = 0,84$ para mulheres e $r = 0,94$ para homens).

- **Inventário de Estilo Parental (IEP)** é composto de três diferentes cadernos, o utilizado na presente pesquisa é de autoavaliação pelos próprios responsáveis, na versão de crianças e adolescentes, composta por 42 itens, com respostas em escala Likert de três pontos: "nunca" (0 pontos), "às vezes" (1 ponto) e "sempre" (2 pontos). O Índice de Estilo Parental (IEP) é calculado subtraindo-se a soma das práticas negativas da soma das positivas. Os escores brutos são convertidos em percentis, classificados em: estilo parental ótimo (percentis 75 a 99), regular acima da média (55 a 70), regular abaixo da média (30 a 50) e de risco (abaixo de 25). A confiabilidade do instrumento se mostra aceitável, variando de 0,53 a 0,78 nas subescalas, com Alphas de Cronbach diferentes nas respostas de pais ou mãe, sendo seu Alpha de 0,81 na versão paterna total e 0,72 na versão materna. O inventário se divide em sete fatores, sendo:

Monitoria positiva (alpha de 0,77 pai, 0,64 mãe); Comportamento Moral (alpha de 0,70 pai, 0,53 mãe); Punição inconsistente (alpha de 0,59 pai, 0,56 mãe); Negligência (alpha de 0,70 pai, 0,69 mãe); Disciplina relaxada (alpha de 0,59 pai, 0,53 mãe); Monitoria negativa (alpha de 0,63 pai, 0,67 mãe); Abuso Físico (alpha de 0,75 pai, 0,68 mãe). (Gomide, 2021)

- Observação experimental:** Nas quatro avaliações principais, exceto das sondas, foram utilizadas como recursos de avaliação de repertório parental e barreiras de aprendizagem, a observação da interação do brincar entre pais e filhos, sendo 40 minutos de cada observação, para subsídio da formulação comportamental. A observação buscou avaliar topografia e frequência de habilidades sociais educativas, variabilidade de contexto, e comportamentos e habilidades das crianças e dos responsáveis. A observação teve intenção de coleta de informações para avaliação de barreiras de aprendizagem. Uma referência direta para o uso isolado do *Barriers Assessment* pode ser encontrada no próprio manual do VB-MAPP. O autor sugere que os subtestes podem ser aplicados separadamente, especialmente quando o objetivo principal é identificar e priorizar intervenções para barreiras específicas que estão interferindo no aprendizado (Sundberg, 2008).

O percurso de avaliação e medidas utilizadas ao longo do processo podem ser analisados no fluxograma abaixo, na figura abaixo.

Figura 3 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos.

SONDAS	LINHA BASE	PÓS-INTERVENÇÃO	SEGUIMENTO - 3M	SEGUIMENTO - 6M
ABC	ABC	ABC	ABC	ABC
	BARREIRAS	BARREIRAS	BARREIRAS	BARREIRAS
	BPI - 1	BPI - 1	BPI - 1	BPI - 1
DASS - 21	DASS - 21	DASS - 21	DASS - 21	DASS - 21
IEP	IEP	IEP	IEP	IEP
IHS - 2	IHS - 2	IHS - 2	IHS - 2	IHS - 2
QRC	QRC	QRC	QRC	QRC
QRSH	QRSH	QRSH	QRSH	QRSH
	RE-HSEP	RE-HSEP	RE-HSEP	RE-HSEP
	SDQ	SDQ	SDQ	SDQ
	SRS-2	SRS-2	SRS-2	SRS-2
	SSRS	SSRS	SSRS	SSRS

Fonte: autora.

A avaliação por observação comportamental foi realizada para a mensuração da avaliação de barreiras de aprendizagem. Os vídeos foram analisados pela presente autora, que utilizou o instrumento de observação traduzido por Martone (2017). A respeito da observação

e registros enquanto procedimento técnico científico, na Análise do Comportamento é discutida por teóricos como técnica arriscada, segundo Dittrich et al. (2009, p. 184):

Não existe uma observação “pura”, isenta de preconceitos, sobre qualquer objeto. Objetos são observados e descritos de diversas formas por espectadores diferentes, de acordo com suas experiências passadas e atuais – vale dizer, de acordo com as contingências de reforço passadas e atuais que controlam seu comportamento na situação observada e descrita.

Desta forma, ressalta que, entendendo que o histórico de contingências da pesquisadora interfere diretamente nos processos de observação, o protocolo de observação exposto, foi proposto como facilitador de análise qualitativa complementar às demais avaliações, mas não utilizado como instrumento exclusivo. O contexto do brincar de observação seguiu as propostas de Silva, Del Prette e Del Prette (2013); o contexto de atividades seguiu propostas definidas pela terapeuta, visando a observação de repertório de operantes do comportamento verbal, alinhado às habilidades sociais. Ao longo da observação, os materiais de interação foram propostos pela pesquisadora, os materiais propostos são descritos na Figura abaixo. Todas as famílias tiveram acessos aos mesmos recursos, que englobava itens identificados na análise de preferência inicial das crianças, questionadas aos pais em avaliação inicial de seleção, tais preferências deram subsídios para as formulações dos casos que integram a pesquisa.

Figura 4 - Materiais entregues e propostos para interação pais e filhos.

LINHA BASE	PÓS-INTERVENÇÃO	SEG. - 3M	SEG. - 6M
Livro de história para colorir Giz de cera Bolha de sabão Massinha Formas de massinha (oficina sorvete) Massinha de E.V.A 3 Xícaras e 3 pratinhos Jogo mau-mau	Livro de história para colorir Giz de cera Jogo da memória Dominó Massiva de E.V.A Mola Slime 3 anéis 3 iô-iô	Aquabook (livro para colorir com água) Jogo do mico Massinha Formas de massinha Régua de massinha Cubo mágico	Kit de oficina de slime Livro escrita de números Canetinhas Miniatura de animais Miniatura de bonecos Massinha de modelar Formas de massinha

Fonte: autora.

3.6 Procedimentos de coleta de dados – Estudo experimental

A pesquisa buscou alcançar de três a cinco crianças com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), em nível de suporte 2 e, conseqüentemente, as famílias correspondentes a cada uma delas.

Foram realizados convites para responsáveis de crianças com TEA a partir do whatsapp de uma clínica particular na grande São Paulo. Os interessados tinham acesso a inscrição por QR CODE, que direcionava a um formulário do Google. No formulário foi indicado sobre os preceitos éticos garantidos na participação e era apresentada a proposta da pesquisa, solicitava informações sobre critérios de inclusão, tais como as quantidades de horas de intervenção, nível de suporte, aquisição da linguagem verbal, e critérios de exclusão, tais como a presença de comorbidades, deficiência intelectual dos responsáveis, necessidade de ausência de orientação parental no processo atual de ensino. A partir do preenchimento do formulário do responsável e triagem desses dados, foram selecionadas cinco famílias que atingiram os critérios de inclusão, as demais famílias inscritas (no total 12) foram encaminhadas para grupos de pais da própria instituição. Posterior à seleção e convite formal aos pais inscritos e selecionados, todos concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A).

Inicialmente houve a seleção de cinco famílias. A primeira e segunda sonda ocorreram com todos os participantes simultaneamente, posterior a ela, ocorreu a linha de base com a primeira mãe participante. Como houve duas desistências, o delineamento caracterizou 3 sondas para F1, 5 sondas para F2 e 7 sondas para F3. Ocorrerão avaliações pós-intervenções de manutenção e de seguimento, *follow up*, após o período de três meses e posterior a seis meses. O delineamento experimental final está caracterizado na Figura abaixo.

Figura 5 - Caracterização do delineamento

Participantes	AVALIAÇÕES									
F1	S1	S2	LB	PÓS-INT		SEG		SEG		
F2	S1	S2	S3	S4	LB	PÓS-INT		SEG	SEG	
F3	S1	S2	S3	S4	S5	S6	LB	PÓS-INT	SEG	SEG

Legenda: S: sonda; LB: Linha de Base; Pós-Int: pós-intervenção; SEG: seguimento, follow up; Linha tracejada: intervenção.

Fonte: autora.

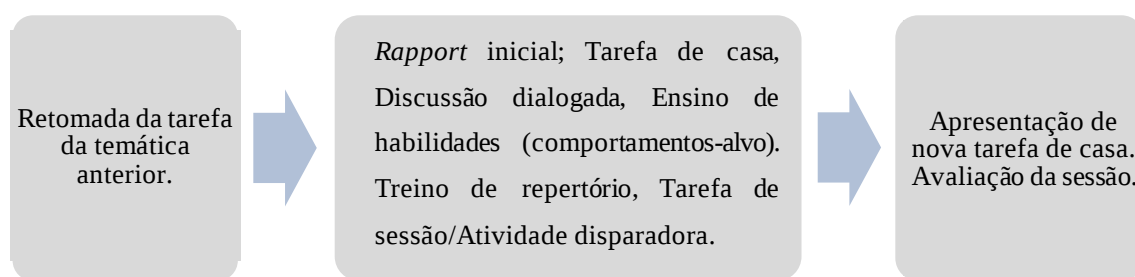
Foi delimitado os contextos de avaliação por observação, em contexto clínico, definido ao contexto de brincar livre entre os responsáveis e a criança, buscando compreender nas interações entre responsável e criança as habilidades sociais e comportamentos adequados e inadequados identificados na queixa e nas questões dos instrumentos. Esses contextos foram filmados para registro de barreiras de aprendizagens, reservas, déficits e excessos comportamentais, apenas para medida de formulação de caso inicial. O tempo de observação

foi de 40 minutos, sendo que o tempo de organização de materiais pelos pais e criança foram considerados. As observações foram analisadas a partir do protocolo de Avaliação de Barreiras de Aprendizagem (Martone, 2017).

Em todas as avaliações foram aplicados todos os instrumentos previstos na pesquisa, exceto as filmagens de interações entre pais e filhos, o RE-HSE-P, o BPI, o SDQ e o SRS-2, e o SSRS que não foi utilizado nas sondas, apenas no pré teste, para medida comparativa do sujeito com seus próprios dados nos pós intervenção, como abordado na Figura 2. Como sequência de procedimento de avaliação pré e pós, foi realizado primeiro as observações e filmagem e posteriormente a aplicação dos instrumentos.

A estrutura das aplicações, enquanto avaliação, foram 2 horas para cada família, em cada sonda. Posteriormente, os encontros tiveram a duração 1 hora e 30 minutos nos casos de F1 e F3, no caso de F2 os encontros tiveram a duração de 2 horas, posto que tinha tarefa a mais para realizar a discussão e o compartilhamento do encontro, pois participaram pai e mãe da criança. Todos os encontros tiveram a mesma estrutura: discussão de tarefas anteriores, leitura e discussão de conteúdo e apresentação da nova tarefa de observação da semana. A Figura abaixo apresenta os dados da estrutura de coleta.

Figura 6 - Estrutura dos encontros do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA



Fonte: autora.

As tarefas estavam de acordo com as temáticas discutidas ao longo da conversa, e vinculada com demandas específicas de observação parental, sendo elas de auto observação (sobre os próprios comportamentos) e de observação (sobre os comportamentos e monitoria positiva do comportamento das crianças e adolescentes). Ressalta que as tarefas são descritas na biblioterapia, em Oliveira, Grassi e Bolsoni-Silva (2024). A figura 7 abaixo apresenta as temáticas e descrição das tarefas de casa.

Figura 7 - Temas e proposta de tarefas do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA

Tarefa 1: Observação de monitoria negativa, como se comporta diante de déficits e excessos dos filhos.
Tarefa 2: Observação de conversas que inicia com o (a) filho (a).
Tarefa 3: Observação de fazer e responder perguntas.
Tarefa 4: Observação da expressão de sentimentos positivos (monitoria positiva).
Tarefa 5: Estudo e conhecimento de direitos e deveres dos pais e dos filhos (estabelecimento de limites).
Tarefa 6: Observação de expressões de opiniões dos pais e dos filhos.
Tarefa 7: Auto-observação de comportamentos habilidosos e não habilidosos dos responsáveis.
Tarefa 8: Auto-observação sobre expressões de sentimentos negativos adequadas.
Tarefa 9: Auto-observação de pedidos recusado aos filhos e observação de pedidos acatados pelos filhos.
Tarefa 10: Auto-observação de elaboração de críticas e pedidos de desculpas emitidos.
Tarefa 11: Auto-observação de consistência entre responsáveis no estabelecimento de limites.
Tarefa 12: Auto-observação de atitudes inadequadas no estabelecimento de limites
Tarefa 13: Auto-observação de monitoria negativa e positiva diante dos comportamentos dos filhos.
Tarefa 14: Observação de combinados realizados e cumprimento deles.
Não há tarefa de casa, último encontro da orientação.

Fonte: autora.

3.7 Procedimentos de Formulação do caso

A formulação de caso é um elemento central na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e na Terapia Analítica Comportamental, sendo amplamente discutida na literatura como uma ferramenta essencial para a compreensão do comportamento e a elaboração de intervenções eficazes. Estudos como os de Goldiamond (2002) e Cooper, Heron e Heward (2014) enfatizam a necessidade de uma análise detalhada das variáveis ambientais que influenciam o comportamento, considerando antecedentes, consequências e as funções que essas interações desempenham na vida do indivíduo. A literatura destaca que uma formulação de caso bem estruturada pode otimizar a comunicação entre profissionais e famílias, além de

permitir ajustes contínuos nas intervenções, favorecendo melhores resultados clínicos e educativos.

O processo de formulação de caso, foi etapa inicial para a adaptação do programa as singularidades dos casos, seguiu um modelo baseado na análise funcional, identificando padrões comportamentais relevantes e os contextos nos quais ocorrem. Foram considerados fatores como o ambiente familiar, práticas parentais, contexto escolar e histórico clínico das crianças. A aplicação de instrumentos padronizados, como o RE-HSE-P, SSRS e SDQ, permitiu uma coleta de dados precisa sobre déficits, excessos e reservas comportamentais. Além disso, foram realizadas observações diretas das interações entre crianças e responsáveis, o que possibilitou um mapeamento detalhado das contingências envolvidas e a definição de estratégias específicas para intervenção.

. De acordo com Goldiamond (1974), a formulação de caso consiste na descrição e compreensão sistemática do comportamento, levando em consideração fatores contextuais que podem estar relacionados à sua ocorrência. Esse processo permite que profissionais da saúde, como psicólogos e terapeutas, desenvolvam intervenções mais direcionadas e eficazes, baseadas em dados empíricos e observações diretas. A formulação busca não apenas identificar o comportamento-problema, mas também entender as relações funcionais que o sustentam, facilitando uma intervenção mais assertiva.

Desta forma, considerando a formulação como um processo sistemático que permite aos profissionais da saúde compreenderem o comportamento de um indivíduo em função das interações entre este e seu ambiente, foi considerada etapa inicial de avaliação dos dados de sondagens para elaboração dos programas mais específicos as demandas e particularidades de cada núcleo familiar. Sendo formulação de caso fundamentada na ideia de que o comportamento não ocorre isoladamente, mas sim como resultado de uma série de relações funcionais que envolvem antecedentes (o que acontece antes do comportamento), o próprio comportamento e suas consequências (o que acontece depois do comportamento).

Os principais encaminhamentos decorrentes da formulação de caso incluíram ajustes nas práticas parentais, promoção de reforço diferencial e estabelecimento de limites mais consistentes. Dessa forma, o estudo reafirma a importância da formulação de caso como um processo estruturado e essencial para intervenções mais assertivas. Ao integrar diferentes dados de variáveis ambientais, a proposta possibilitou um planejamento mais individualizado, garantindo suporte efetivo para as famílias das crianças com TEA.

3.8 Procedimentos de tratamento e análise de dados

Os dados dos instrumentos foram analisados a partir de frequências simples. Para as frequências simples de comparação da linha de base (LB) com o pós intervenção serão utilizadas análises descritivas simples, posto que o delineamento experimental de linha de base múltipla visa comparar cada participante com ele próprio em diferentes momentos, no presente caso será comparado medidas de linha de base, com medidas de manutenção, logo após a intervenção, e medidas de seguimento após o período de três meses da intervenção, além da comparação das medidas de sonda com as avaliações.

As filmagens foram analisadas na íntegra e foram registradas frequência de comportamentos relevantes, sendo eles os excessos, reservas e déficits comportamentais, que auxiliou na formulação de caso, além das barreiras de aprendizagem, tais como habilidades de ouvinte comprometidas, habilidades sociais comprometidas, dependente de dica, scrolling (adivinhação), falha em generalizar, comportamentos obsessivos compulsivos, etc (Martone, 2017) que auxiliará o preenchimento do protocolo de barreiras do VB MAPP.

Os dados foram tratados pelo método JT, de Jacobson e Truax (1992), que é aplicável a qualquer desordem clínica e capaz de obter identificação de mudanças clinicamente significativas, consistente com as expectativas dos profissionais. O método JT realiza análises comparativas: “entre escores pré e pós-intervenção com o objetivo de decidir se as diferenças entre eles representam *mudanças confiáveis* e se são *cl clinicamente relevantes*.” (Del Prette; Del Prette, 2008, p.498). A comparação se dá a partir das mudanças percebidas no cliente em relação aos grupos não clínicos de referência. Desta forma, o método implica em dois processos, sendo descrito por Del Prette e Del Prette (2008, p.499):

- (a) cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção, descrita em termos de um Índice de Mudança Confiável (IMC); e (b) análise do significado clínico dessas alterações. Com base em indicadores quantitativos, esses dois processos podem ser graficamente representados.

Desta forma, dois dos presentes estudos buscou calcular o índice de mudança confiável e verificação de mudanças clinicamente significativas, a partir da utilização do método pelo critério A e C, dispondo de dados normativos da amostra funcional e disfuncional, quando há os dados psicométricos revelados em estudos anteriores. Tais análises serão melhor descritas nos estudos.

4. *Estudo 1: Efeitos do Promove pais para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista: habilidades educativas parentais, habilidades sociais, saúde mental e conjugalidade*

OLIVEIRA, T. Efeitos do Promove pais para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). In: **Efeitos do promove-pais sobre habilidades educativas parentais de cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista**. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2025.

RESUMO

O Promove-Pais é um programa de intervenção que visa promover práticas educativas parentais, focando na ampliação e variabilidade de uso de habilidades sociais educativas de comunicação, afeto e limites. O presente estudo, utilizou do Promove-Pais, associada a cartilha adaptada para responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O objetivo principal do estudo é descrever os efeitos do programa quanto às práticas educativas, conjugalidade e saúde mental de cuidadores. O estudo se caracteriza como experimental, de linha de base múltipla, e contou com três mães e um pai participante. Foram realizadas sondas anteriores à intervenção, avaliação de pós intervenção e seguimento de 3 e 6 meses. Os resultados da implementação do Promove-Pais indicaram mudanças clinicamente significativas nas habilidades educativas parentais, com um aumento na monitoria positiva e habilidades positivas. Além disso, observou-se uma redução nas práticas negativas. Esses efeitos foram avaliados em pós intervenção, e sua manutenção em intervalos de 3 e 6 meses após a conclusão da orientação, demonstrando a manutenção dos benefícios obtidos ao longo das 15 sessões do programa. Apesar dos resultados promissores, há uma necessidade premente de novos estudos que investiguem a eficácia do Promove-Pais em grupos parentais, a fim de ampliar a compreensão sobre suas aplicações e benefícios em diferentes contextos familiares.

Palavras-chave: Responsáveis de crianças com TEA; Autismo; Habilidades educativas parentais; Treinamento parental; Orientação parental; Promove-Pais.

5. INTRODUÇÃO

Os estilos parentais e as práticas educativas têm sido objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento, refletindo a complexidade das interações familiares e seu impacto no desenvolvimento infantil (Carneiro, 2023; Sanders, Mazzucchelli, 2017). Na perspectiva da análise do comportamento, as práticas parentais são entendidas como comportamentos observáveis que podem ser moldados e reforçados através de intervenções específicas. Essa abordagem destaca a importância de intervenções de habilidades educativas parentais como um meio eficaz de promover o bem-estar tanto de crianças quanto de pais (Sanders, Mazzucchelli, 2017).

Os estilos parentais, conforme discutido por Baumrind (1991), incluem autoritário, permissivo, autoritativo e negligente, cada um apresentando características distintas que influenciam o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças. A literatura mostra que o estilo autoritativo, que combina exigência e apoio, está associado a resultados positivos, como melhor desempenho acadêmico e habilidades sociais mais robustas (Baumrind, 1991; Maccoby; Martin, 1983). Em contrapartida, estilos autoritários e permissivos frequentemente resultam em comportamentos problemáticos e dificuldades de adaptação social.

O ensino de habilidades educativas parentais é crucial, uma vez que oferece aos pais estratégias práticas e baseadas em evidências para lidar com os desafios diários da criação dos filhos. Pesquisas indicaram que programas parentais, como o Triple P (Positive Parenting Program), não apenas melhoram as habilidades parentais, mas também reduzem comportamentos problemáticos em crianças e promovem a saúde mental dos pais (Sanders *et al.*, 2014). Esses programas costumam incluir componentes que ajudam os pais a entender o comportamento infantil, a estabelecer limites e a reforçar comportamentos positivos. Outro exemplo é The Incredible Years (Webster-Stratton, 2020) que se destaca por sua abordagem abrangente e baseada em evidências no ensino parental. Ao focar no fortalecimento das competências parentais, o programa tem demonstrado eficácia na melhoria das interações entre pais e filhos, na redução de comportamentos problemáticos nas crianças e no aumento da confiança dos pais em suas práticas educativas. Estudos indicam que a participação no programa resulta em aumento do afeto positivo dos pais, como elogios, e redução do uso de críticas e comandos negativos; adoção de técnicas de disciplina não-violentas e aumento do monitoramento das atividades das crianças; redução da depressão parental e aumento da autoconfiança dos pais; e melhoria na comunicação familiar e na resolução de problemas.

Estudos demonstram que intervenções focadas em habilidades educativas parentais, tais como estabelecimento de limites e expressão de afetos, têm efeitos positivos significativos na saúde mental dos pais. Por exemplo, um estudo de Leijten et al. (2019) evidenciou que pais que participaram de um programa parental relataram níveis mais baixos de estresse parental e melhoraram sua relação com os filhos, assim como no estudo de Solmeyer e colaboradores (2014). Além disso, programas que ensinam habilidades específicas de disciplina e comunicação podem reduzir problemas de comportamento nas crianças, conforme indicado por alguns estudos (Bijvank *et al.*, 2012; Ryan *et al.*, 2015; Ryan *et al.*, 2010; Clayborne *et al.*, 2021). Liden e Rosales-Ruiz (2024) demonstrou em seu estudo com pais de crianças com autismo, que uma mentoria parental, baseada no modelo construcional de Goldiamond (Goldiamond, 1965, 1984; Layng *et al.*, 2022; Schwartz; Goldiamond, 1975), aumentou habilidades de monitoria positiva dos cuidadores. No estudo, três pais aprenderam a usar diários exploratórios de automonitoramento de eventos que desejavam manter, melhorar ou eliminar, ou aos quais eram indiferentes, e ao longo do programa aprendem a realizar análises funcionais sobre os eventos. Os resultados indicam que os eventos para se manter aumentaram, na medida em que os eventos que queriam eliminar diminuíram, indicando relação com a diminuição de eventos estressores relatados pelos participantes.

Outro programa é o Parent Management Training – Oregon Model (PMTO), que é um programa de orientação parental desenvolvido para auxiliar pais e cuidadores a aprimorar suas habilidades educativas, visando promover comportamentos pró-sociais em crianças e adolescentes. Baseado na teoria da aprendizagem social, o PMTO enfatiza que os pais são agentes primários de mudança no contexto familiar, capacitando-os a fornecer cuidados adequados, instrução e supervisão eficazes para seus filhos (Thijssen *et al.*, 2017).

Diante do exposto, a análise do comportamento fornece uma estrutura sólida para entender e melhorar as práticas parentais. A promoção do ensino de habilidades educativas não só contribui para a saúde mental dos pais, mas também é essencial para o desenvolvimento emocional e comportamental saudável das crianças (Sanders; Mazzucchelli, 2017). Estudos indicam que programas de orientação parental baseados em evidências, como o *The Incredible Years* (Webster-Stratton, 2020) e o *Parent Management Training – Oregon Model (PMTO)* (Thijssen *et al.*, 2017), demonstram eficácia na redução de comportamentos externalizantes em crianças e na melhoria do bem-estar parental. Além disso, pesquisas sugerem que intervenções estruturadas ajudam os pais a desenvolver práticas mais responsivas e assertivas, diminuindo o uso de punições coercitivas e promovendo interações mais positivas no ambiente familiar (Patterson, 2002). As evidências acumuladas na literatura nacional e internacional reforçam a

necessidade de intervenções que equipem os pais com as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios da parentalidade (Baumrind, 1991). Dessa forma, investir em programas de ensino parental baseados na análise do comportamento se mostra uma estratégia fundamental para fortalecer a relação pais-filhos e promover o desenvolvimento saudável das crianças.

A parentalidade e as práticas educativas desempenham um papel crucial no desenvolvimento das crianças e na saúde mental dos pais. A análise do comportamento, uma abordagem que se concentra na observação e promoção de mudança do comportamento humano, oferece uma perspectiva importante sobre como os estilos parentais influenciam o desenvolvimento infantil e a dinâmica familiar, tendo em vista que os dados citados indicam relação das práticas com saúde, conjugalidade, e comportamentos dos filhos.

O artigo de Steinbrenner et al. (2020) apresenta uma revisão abrangente de práticas baseadas em evidências para o atendimento de crianças, jovens e adultos jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os autores destacam que intervenções efetivas devem ser fundamentadas em pesquisas rigorosas e devem envolver múltiplas partes interessadas, incluindo pais e cuidadores. A pesquisa enfatiza a necessidade de que os programas sejam adaptáveis às individualidades de cada criança e às dinâmicas familiares. Os autores classificam várias práticas, incluindo orientação parental, como uma intervenção essencial. Eles argumentam que "os pais que participam de programas de ensino são mais eficazes na aplicação de estratégias que promovem habilidades sociais e de comunicação em seus filhos" (Steinbrenner et al., 2020, p. 45). Essa afirmação reflete a importância do empoderamento dos pais, que, ao adquirirem habilidades práticas, podem facilitar o aprendizado e a generalização das habilidades em contextos do dia a dia. Além disso, assim como outros estudos indicam, e que intervenções e programas com pais podem complementar a intervenção comportamental a qual a criança está submetida, além de também ser uma prática de evidência empiricamente sustentada (Bordini *et al.*, 2024; Sandbank *et al.*, 2019; Eckes *et al.*, 2023; Steinbrenner *et al.*, 2020). A pesquisa conclui que tais intervenções parentais não apenas melhoram a eficácia das intervenções, mas também reduz o estresse dos cuidadores, criando um ambiente mais favorável ao desenvolvimento das crianças com TEA. Os autores afirmam que "o envolvimento ativo dos pais nas intervenções é crucial para o sucesso a longo prazo" (Steinbrenner et al., 2020, p. 60) o que ressalta a importância da coparentalidade em relação a promoção de desenvolvimento dos filhos, como ressaltado por Pan et al. (2024); Kara et al. (2022) e Palkovitz et al. (2013).

5.1 Estilos Parentais

Os estilos parentais podem ser classificados em quatro categorias principais, conforme descrito por Baumrind (1991):

1. **Autoritário:** Caracterizado por altas exigências e baixa responsividade. Os pais autoritários tendem a impor regras rígidas e esperar obediência, sem oferecer explicações.
2. **Permissivo:** Pais permissivos são altamente responsivos, mas têm baixa exigência. Eles tendem a evitar regras e limites, permitindo que as crianças tomem suas próprias decisões.
3. **Negligente:** Este estilo é marcado por baixa exigência e baixa responsividade. Pais negligentes não se envolvem nas vidas de seus filhos, resultando em falta de supervisão e apoio.
4. **Autoritativo:** Considerado o estilo mais eficaz, combina altas exigências com alta responsividade. Pais autoritativos estabelecem regras claras, mas também são abertos ao diálogo e à negociação.

Os estilos parentais, segundo Gomide (2006; 2021), referem-se aos padrões de comportamentos adotados pelos pais na educação dos filhos, influenciando seu desenvolvimento emocional e social. Essa concepção dialoga com a tipologia de Baumrind (1991), que classificou os estilos parentais em autoritário, permissivo e autoritativo, considerando a responsividade e a exigência dos pais. O Inventário de Estilos Parentais (IEP), desenvolvido por Gomide, expande essa categorização ao identificar sete práticas parentais: monitoria positiva, comportamento moral, disciplina inconsistente, negligência, punição inconsistente, abuso físico e supervisão negativa, permitindo uma análise mais detalhada da influência dos estilos parentais no comportamento infantil (Gomide, 2021).

5.2 *Práticas Educativas Parentais: estratégias importantes*

As práticas educativas parentais referem-se às ações e estratégias que os pais utilizam para educar e socializar seus filhos. Essas práticas incluem (Patterson, 1982):

- **Reforço positivo:** Utilização de recompensas para incentivar comportamentos desejados, em especial, associado a monitoria positiva, atenção aos comportamentos adequados socialmente.
- **Disciplina consistente:** Aplicação de consequências de forma justa e previsível.

- Modelagem de comportamentos: Os pais servem como exemplos para as crianças, demonstrando comportamentos que desejam que seus filhos adotem.

Programas focados na ampliação de habilidades educativas parentais podem ser fundamentais para capacitar os pais a adotarem ou ampliarem práticas mais eficazes para o bem estar e saúde familiar. Estudo de Sanders (1999) demonstra que tais intervenções parentais podem: melhorar a saúde mental dos pais, pois pode reduzir o estresse parental e aumentar a satisfação com a parentalidade, além de autoestima; e a orientação parental pode ter efeito de generalização a partir da redução de problemas de comportamento nas crianças, a partir de técnicas de manejo do comportamento e comunicação eficaz têm mostrado resultados positivos na diminuição de comportamentos desafiadores.

5.3 *Conjugalidade e Coparentalidade*

A conjugalidade e a coparentalidade são conceitos interligados que desempenham papéis cruciais na dinâmica familiar, especialmente em famílias com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Embora frequentemente usados de forma intercambiável, esses termos possuem nuances que os diferenciam e que são importantes para a Análise do Comportamento e para intervenções eficazes relacionadas aos ensinamentos parentais, posto que, um dos pressupostos importantes do processo de ensino é a consistência parental enquanto as práticas, e que pode ser afetada por ambos fatores.

Podemos entender que a conjugalidade refere-se à relação entre os parceiros em um casamento ou união estável, englobando aspectos como a comunicação, a intimidade e o suporte emocional (Bohn; Mosmann, 2021). A qualidade dessa relação pode impactar diretamente o ambiente familiar e, por consequência, o desenvolvimento das crianças. A relação entre conjugalidade e programas de ensino parental é significativa, pois a qualidade da relação conjugal pode influenciar diretamente a eficácia dessas intervenções. Quando os pais se sentem apoiados em suas relações, têm maior disposição para aplicar as estratégias aprendidas nos ensinamentos, desta forma, o fortalecimento da conjugalidade é essencial para que os pais consigam unir esforços e atuar de maneira colaborativa na educação dos filhos, com consistência (Bolsoni-Silva; Loureiro, 2023; Mosmann; Zordan; Wagner, 2011; Gerard; Krishnakumar; Buheler, 2007; Mosmann *et al.*, 2017; Portes; Vieira, 2020; Fidelis *et al.*, 2022).

Em contrapartida, coparentalidade diz respeito à colaboração e ao compartilhamento de responsabilidades entre os pais na criação dos filhos, incluindo decisões sobre cuidados,

educação e manejo de comportamentos, ou seja, a coparentalidade envolve não apenas a divisão de tarefas, mas também a construção de um projeto parental conjunto, e que pode ser afetada pela conjugalidade ou relacionamento dos responsáveis. (Mchale; Lindahl, 2011; Van Egeren, Hawkins, D; 2004; Sousa *et al.*, 2016; Maciel-Portes *et al.*, 2022).

Estudos mostram que a qualidade da conjugalidade pode influenciar a coparentalidade. Por exemplo, uma pesquisa de Mosmann et al. (2017) identificou que casais que apresentam uma conjugalidade positiva tendem a ter uma coparentalidade mais eficaz, o que pode ser essencial para o manejo do comportamento de crianças com TEA. Isso sugere que o fortalecimento da relação conjugal pode promover um ambiente mais colaborativo e eficaz na educação e suporte às necessidades das crianças.

A consideração desses dois conceitos, conjugalidade e coparentalidade, podem proporcionar análises funcionais e formulações de casos mais efetivos quando se estuda o conjugal em contextos parentais, posto que a qualidade da conjugalidade pode afetar a capacidade dos pais de implementar estratégias de manejo comportamental, uma vez que um relacionamento estável e saudável propicia um ambiente menos estressante. De acordo com um estudo de Kuhlthau et al. (2014) pais que se sentem apoiados em suas relações conjugais são mais propensos a adotar intervenções consistentes e eficazes. Essa evidência destaca a importância de promover habilidades sociais em programas parentais, que possam favorecer a conjugalidade, como parte das intervenções para famílias de crianças com TEA.

Estudos enfatizam que intervenções que visam melhorar a comunicação e a colaboração entre os pais têm mostrado resultados positivos não apenas no comportamento das crianças, mas também na satisfação conjugal e saúde parental (Yu; Xiao, 2021; Pilkington *et al.*, 2019; Pedro *et al.*, 2012; Choi; Becher, 2019; Fernandez *et al.*, 2024). Em suma, a conjugalidade e a coparentalidade, embora distintas, estão interligadas e desempenham papéis essenciais no desenvolvimento de filhos. Estudos que investigam essas relações são fundamentais para o desenvolvimento de práticas que promovam não apenas o bem-estar das crianças, mas também a saúde emocional dos pais.

5.4 Evidências sobre efeitos de Programas de Ensino de Habilidades Educativas Parentais

A literatura aponta que intervenções focadas em habilidades educativas parentais resultam em:

- Aprimoramento das habilidades parentais: Programas de ensino mostram que os pais podem aprender a aplicar estratégias comportamentais de maneira mais eficaz, contribuindo com ampliação de reserva de habilidades educativas, além de aprimoramento, enquanto topografia e frequência, como, por exemplo, o estudo de Abrahão, Elias e Bolsoni-Silva (2024) que abordaram sobre o programa "Promove-Pais", demonstrando como a intervenção ajudou os pais a aprenderem e aplicarem estratégias educativas eficazes, resultando em melhorias nas habilidades ensinadas. O estudo de Sanders et al. (2000) discute o programa Triple P, destacando como ele capacita os pais a aplicar estratégias mais eficazes de educação, resultando em melhorias nas práticas parentais. O estudo de Gordon (2008) apresenta técnicas práticas que os pais podem aprender e aplicar, mostrando a eficácia da orientação na melhoria das habilidades parentais. O estudo de Webster-Stratton e Reid (2004) e Webster-Stratton (2020) abordam o programa Incredible Years, que demonstra como o programa de ensino pode melhorar a eficácia das práticas parentais e fortalecer as competências sociais e emocionais das crianças. Também, o estudo de McCart et al. (2023) mostra como intervenções comunitárias focadas em orientação parental resultaram em práticas mais eficazes e melhorias comportamentais nas crianças, em especial comportamentos agressivos. E, também, o estudo de Leijten (2019) evidenciou que pais que participaram de um programa de ensino mostraram melhorias significativas em suas habilidades educativas parentais.

- Impacto positivo na saúde mental: Há evidências de que a melhoria das habilidades parentais está associada a uma redução de sintomas de ansiedade e depressão entre os pais. A orientação de práticas educativas parentais tem sido comprovada como uma intervenção eficaz para melhorar a saúde mental destes. Estudos têm demonstrado que esses programas podem aumentar as habilidades educativas parentais, e reduzir o estresse e a ansiedade. O Promove-Pais é um programa de promoção de práticas educativas parentais positivas que visa melhorar as habilidades sociais educativas dos pais. Estudo piloto com mães em situação de risco psicossocial demonstrou aumento no escore de habilidades sociais educativas e redução do estresse e da ansiedade (Medeiros; Rováris; Bolsoni-Silva, 2023). O Triplo P, outro programa, focado em fortalecer as habilidades parentais para melhorar o desenvolvimento infantil e reduzir problemas de comportamentos, em estudo piloto de Nogueira et al. (2016) com mães em situação de risco psicossocial também demonstrou redução nos problemas de comportamento das crianças e aumento na autoestima dos pais, se relacionando ao foco do programa em prevenir e tratar problemas de comportamento e fortalecer relacionamento entre pais e filhos.

- Comportamento infantil: A implementação de práticas educativas adequadas está relacionada a uma diminuição significativa em problemas comportamentais, promovendo um ambiente familiar mais saudável. Dentre os programas já citados, temos o Promove-Pais, que visa promover práticas educativas parentais positivas. Um estudo piloto demonstrou que a participação no Promove-Pais levou a uma redução significativa nos problemas de comportamento das crianças, além de melhorias nas habilidades parentais e no bem-estar emocional dos pais (Ferraz; Bolsoni-Silva, 2023). Outro programa é o Triple P (Positive Parenting Program), que é um programa amplamente estudado que se concentra em estratégias de manejo do comportamento (Sanders; Markie-Dadds, 1996; Sanders, 2003). Pesquisas indicam que a implementação deste programa resulta em uma diminuição significativa nos comportamentos desafiadores das crianças e na melhoria das interações familiares. E um terceiro ensino que demonstra esse resultado é o Incredible Years, programa de Webster-Stratton e Reid (2004), que é focado em crianças com problemas de comportamento e oferece orientação para pais, professores e as próprias crianças. Estudos mostram que os pais que participam do programa relatam uma redução nos problemas de comportamento dos filhos e melhorias nas habilidades parentais.

O estudo de Bordini et al. (2024) investigou a aquisição de habilidades de comunicação social em crianças com autismo por meio de abordagens como Análise do Comportamento Aplicada (ABA), orientação parental e modelagem por vídeo. Os autores realizam uma análise preliminar que mostra como essas estratégias podem ser combinadas para promover melhorias significativas nas interações sociais das crianças. Os resultados indicam que "a orientação parental se mostrou um componente crucial, permitindo que os pais implementem técnicas aprendidas em sessões de intervenção" (Bordini *et al.*, 2024, p. 5). Isso demonstra que, ao capacitar os pais com conhecimento e habilidades específicas, é possível criar um ambiente em que as crianças possam praticar e generalizar suas habilidades sociais. Os autores concluem que "as práticas que envolvem os pais não só aumentam as chances de sucesso na aprendizagem de habilidades sociais, mas também melhoram a confiança dos cuidadores" (Bordini *et al.*, 2024, p. 7). Assim, o artigo de Bordini et al. (2024) enfatiza a importância do ensino parental como uma estratégia essencial no desenvolvimento de habilidades sociais em crianças com TEA. Ao integrar o conhecimento dos pais nas intervenções, não apenas potencializa o aprendizado das crianças, mas também fortalece a dinâmica familiar, promovendo um suporte mais robusto e eficaz no processo de desenvolvimento. Essa abordagem está alinhada com a discussão de Smith e Iadarola (2015), que defende a análise do comportamento como estratégia para crianças

e adolescentes com autismo, a posicionando como abordagem baseada em evidências, e ressaltando a eficácia das intervenções que consideram o papel ativo dos familiares, como as orientações parentais.

A análise do comportamento fornece uma base sólida para entender como os estilos parentais e as práticas educativas influenciam tanto o desenvolvimento infantil quanto a saúde mental dos pais. A orientação em habilidades educativas é uma estratégia eficaz para melhorar essas dinâmicas, e as evidências sugerem que focar em objetivos terapêuticos relacionados a essas habilidades pode trazer benefícios significativos para as famílias. No entanto, apesar da vasta literatura sobre os efeitos de programas de orientação parental, ainda há lacunas no conhecimento quanto à eficácia de intervenções adaptadas para pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Grande parte dos estudos foca em programas generalistas, sem considerar as particularidades das demandas emocionais e comportamentais dessas famílias. Além disso, há uma necessidade de investigações que avaliem não apenas a redução de problemas de comportamento das crianças, mas também o impacto da orientação na qualidade da interação pais-filhos e no bem-estar parental, de maneira qualitativa.

Diante disso, o presente estudo se insere nesse contexto, buscando preencher essa lacuna ao avaliar os efeitos da aplicação do Promove-Pais, aliado a uma cartilha adaptada às especificidades do público com TEA. Ao focar em pais de crianças em idade escolar, pretende-se verificar o impacto da intervenção no aprimoramento das práticas educativas, na percepção da autoeficácia parental e no desenvolvimento de estratégias mais assertivas para lidar com os desafios da parentalidade no contexto do TEA.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

O objetivo geral é descrever efeitos do Promove-Pais em habilidades sociais educativas de responsáveis das crianças com Transtorno do Espectro Autista.

6.2 Objetivos Específicos

- Avaliar medidas de satisfação e adesão de pais de crianças com TEA a aplicação do Promove-Pai com biblioterapia adaptada;
- Avaliar a mudança nas habilidades educativas parentais após a aplicação do Promove-Pais;

- Avaliar a mudança nos níveis de estresse dos pais após a aplicação do Promove-Pais;
- Identificar se o programa promove uma redução nos sintomas de ansiedade e depressão nos pais;
- Verificar se o Promove-Pais melhora a comunicação e a cooperação, entre outros fatores da conjugalidade, entre os pais;
- Avaliar se houve mudança nas habilidades sociais dos pais após a aplicação do Promove-Pais.

7. MÉTODO

7.1 Delineamento

A investigação utilizou o delineamento de linha de base múltipla entre os participantes (Cozby, 2003; Sampaio *et al.*, 2008; Coon; Rapp, 2018). Essa decisão é sustentada pela perspectiva teórica da pesquisa e da intervenção, que, conforme afirmam Benitez, Domeniconi e Bonioli (2019, p. 4), "significa que a avaliação ocorrerá mantendo isolados os efeitos das intervenções". Dessa forma, é viável realizar comparações dos comportamentos do mesmo indivíduo em diferentes momentos (ANDERY, 2010).

7.2 Aspectos éticos

A pesquisa envolveu participantes humanos e seguiu os padrões éticos conforme resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetida ao comitê de ética e recebeu parecer favorável (CAEE: 53076421.9.0000.5398).

7.3 Participantes

Participaram da pesquisa três mães e um pai, todos responsáveis por crianças escolares diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Os participantes serão nomeados pelas siglas: M1, M2, P2 e M3, sendo:

M1: mãe 1, de um menino, com TEA, nível de suporte 2, boleira, ensino médio completo, casada e com renda de 3 salários mínimos. M1 tinha 36 anos, e seu esposo 39. Ela completava a renda como boleira, e tinha ensino médio completo, e seu esposo era técnico em química. O esposo sofreu um acidente de moto e ficou boa parte da orientação em afastamento médico.

M2 e P2: mãe e pai 2, de uma menina, diagnosticada com TEA, e que no início da pesquisa foi avaliada por neuropediatra como nível de suporte 2, e ao fim da pesquisa como nível de suporte 1 por mesma médica, mãe advogada e pai orientador educacional, renda de 8 salários mínimos. Ambos eram graduados. M2 tinha 44 anos, e P2 com 57 anos. Ambos participaram de todos os encontros da orientação.

M3: mãe 3, de um menino com TEA, nível de suporte 2, recepcionista e estudante de tecnólogo em Recursos Humanos, com renda de 5 salários mínimos. O marido era gerente de loja e teólogo, já graduado. M3 tinha 38 anos, e seu esposo 39.

7.4 Procedimentos de coleta de dados

Foram selecionados dois principais instrumentos utilizados para avaliação de habilidades educativas parentais, sendo o IEP e o RE-HSEP, um instrumento utilizado para avaliação de habilidades conjugais, sendo o QRC, um quarto instrumento utilizado para avaliar saúde parental, sendo o DASS 21, e um quinto instrumento que buscou avaliar habilidades sociais. Os dados foram coletados em sondagens e em linha de base, inicialmente, avaliado em pós intervenção, pós de seguimento de 3 meses e pós de seguimento de 6 meses. Abaixo os instrumentos são apresentados.

O percurso de avaliação e medidas utilizadas ao longo do processo podem ser analisados no fluxograma abaixo, na figura abaixo. Os instrumentos foram aplicados a partir dos instrumentos já nomeados, divididos em duas etapas, com demanda quinzenal de avaliação, posto que na primeira semana a avaliação era dos pais e na seguinte era sempre a das crianças, como medida de generalização, que será discutida no estudo 2.

Figura 8 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos em avaliação parental

SONDAS	LINHA BASE	PÓS-TESTE	SEG - 3M	SEG - 6M
DASS - 21 IEP IHS - 2 QRC	DASS - 21 IEP IHS - 2 QRC RE-HSEP	DASS - 21 IEP IHS-2 QRC RE-HSEP	DASS-21 IEP IHS-2 QRC RE-HSEP	DASS-21 IEP IHS-2 QRC RE-HSEP

Fonte: autora.

- **Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas e Parentais (RE-HSE-P)**, de Bolsoni-Silva; Loureiro; Maturano (2016). O instrumento avalia práticas parentais

a partir de dois fatores, sendo um positivo e um negativo e possui alta confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,846).

- **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-2)**, de Del Prette e Del Prette (2018). O instrumento de avaliação de habilidades sociais em relacionamentos interpessoais, e, possui alta confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,94).

- **Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)**, de Lovibond e Lovibond (1995), proposta em português por Vignola e Tucci (2014) e adaptada culturalmente por Martins et al (2019) avalia depressão, ansiedade e estresse). O instrumento possui alta confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,88).

- **Questionário de Relacionamento Conjugal (QRC)**, de Bolsoni-Silva e Marturano, (2010). O instrumento mensura o relacionamento conjugal positivo, negativo e a satisfação conjugal. O instrumento demonstrou confiabilidade por teste-reteste que obteve ($r = 0,84$ para mulheres e $r = 0,94$ para homens).

- **Inventário de Estilo Parental (IEP)**, de Gomide (2021). O instrumento avalia classes de comportamentos e habilidades educativas parentais. A confiabilidade do instrumento se mostra aceitável, variando de 0,53 a 0,78 nas subescalas, com Alphas de Cronbach diferentes nas respostas de pais ou mãe, sendo seu Alpha de 0,81 na versão paterna total e 0,72 na versão materna.

7.5 Procedimento de aplicação e orientação parental

A orientação de Habilidades Sociais Educativas é baseada no Promove-Pais (Bolsoni-Silva; Fogaça, 2018), ajustado para atender às demandas do TEA, resultando no livro “Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com TEA - Teoria e Prática” (Oliveira; Grassi; Bolsoni-Silva, 2024). A orientação consistiu em 15 sessões, sendo que 14 sessões foram focadas em habilidades sociais, como iniciar conversas, fazer perguntas e expressar sentimentos, além de uma 15ª sessão temática, a escolha da família. A intervenção adotou o modelo colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993), incentivando pais a colaborar na identificação de soluções e a se envolver em tarefas de observação e registros. Também se fundamenta no modelo construcional de Goldiamond (2002), adaptando-se às demandas do

caso. Embora a proposta inicial seja para intervenção familiar individual, o programa pode ser aplicado em grupos parentais, com resultados positivos na literatura (Guimarães *et al.*, 2018; Silva; Mélo, 2022; Pianovski; Silveira, 2021).

Todas as sessões tiveram a mesma estruturação dos encontros, exceto a primeira e a última sessão que modificaram quanto às tarefas. Nas sessões ocorriam a retomada da tarefa de auto-observação do encontro anterior, posteriormente, ocorreu a partilha do material da cartilha e discussão do tema. No momento da discussão ocorria também as tarefas de sessão, que utilizava de análises funcionais, role playing e decomposição de objetivos comportamentais. Posterior a sessão, caminhando ao seu final, discutia a nova tarefa e realizava a avaliação do encontro.

7.6 *Procedimento de análise de dados*

Os dados dos instrumentos foram analisados a partir de frequências simples. Para a comparação entre a linha de base (LB) e o pós-intervenção, serão utilizadas análises descritivas simples, considerando que o delineamento experimental de linha de base múltipla busca comparar cada participante consigo mesmo em diferentes momentos. Neste caso, serão comparadas as medidas de linha de base com as medidas de manutenção imediatamente após a intervenção, além das avaliações realizadas três meses após o término da intervenção. Também será feita a comparação entre as medidas de sonda e as avaliações.

Os dados foram tratados utilizando o método JT de Jacobson e Truax (1992), que é aplicável a diversos constructos clínicos e permite identificar mudanças clinicamente significativas, alinhadas às expectativas dos profissionais. O método JT realiza análises comparativas entre escores pré e pós-intervenção, com o objetivo de determinar se as diferenças observadas são confiáveis e clinicamente relevantes, a partir de métricas já existentes (Del Prette; Del Prette, 2008, p. 498). A comparação é realizada a partir das mudanças percebidas no cliente em relação a grupos de referência clínico e não clínicos.

Foi empregado o Método JT para avaliar detalhadamente o impacto da intervenção, considerando as mudanças individuais obtidas com a orientação de Habilidades Educativas Parentais em dois indicadores principais: a significância clínica (SC) e o índice de mudança confiável (IMC). Assim, o método implica em dois processos, conforme descrito por Del Prette e Del Prette (2008, p. 499): (a) cálculo da confiabilidade das alterações entre a avaliação pré e a pós-intervenção, expresso em um Índice de Mudança Confiável (IMC); e (b) análise do significado clínico dessas alterações.

A SC está relacionada à validade externa e refere-se à relevância das mudanças observadas sob a perspectiva dos participantes, no caso, os pais. Por outro lado, o IMC determina se as alterações verificadas entre as avaliações pré e pós-intervenção são devidas aos procedimentos aplicados ou se são artefatos da medida (Del Prette; Del Prette, 2008; Jacobson; Truax, 1992; Villa *et al.*, 2012).

Ressalta que, o método JT, de Jacobson e Truax (1992), identifica que uma mudança só deve ser considerada clinicamente relevante se a diferença entre as avaliações pré e pós-intervenção for, no mínimo, de dois desvios padrão acima da média da avaliação pré-intervenção. Este ponto de corte proposto tem sido amplamente adotado como referência nas análises que envolvem o Método JT, não havendo recomendações para a utilização de outros pontos de corte (Del Prette; Del Prette, 2008). Desta forma, assim foi adotado no presente estudo.

As análises com o Método JT foram realizadas utilizando o software *PsicoInfo*. Os dados normativos e critérios utilizados em cada uma das variáveis podem ser consultados no Apêndice E.

8. RESULTADOS

A seção de resultados apresenta os achados na seguinte sequência: a) apresentação da avaliação de satisfação dos pais com o programa de ensino; b) a avaliação das habilidades educativas parentais positivas; c) a avaliação das habilidades educativas parentais negativas; d) dados das habilidades conjugais; e) os dados de saúde mental da amostra; e, f) dados das habilidades sociais.

Quanto à qualidade do procedimento, as avaliações qualitativas quanto ao encontro, o tema e a tarefa, foi de 100% de avaliação de satisfação, por todos os participantes, em uma escala de “satisfeito”, “indiferente” e “insatisfeito”. Quanto a execução e entrega das tarefas, a orientação também teve 100% das entregas realizadas, todas as tarefas tiveram feedbacks individuais, e receberam elogios pela entrega e qualidade em todos os encontros, além da contingência de realizar a tarefa ter sido exposta como etapa importante da orientação em todos os feedbacks.

Foram avaliadas as habilidades educativas e habilidades educativas parentais com os instrumentos IEP e RE-HSEP. Os dados, expressos na Tabela 1 e Figura 9, identificaram mudanças de indicadores clínicos para não clínicos em monitoria positiva, índice total de estilo

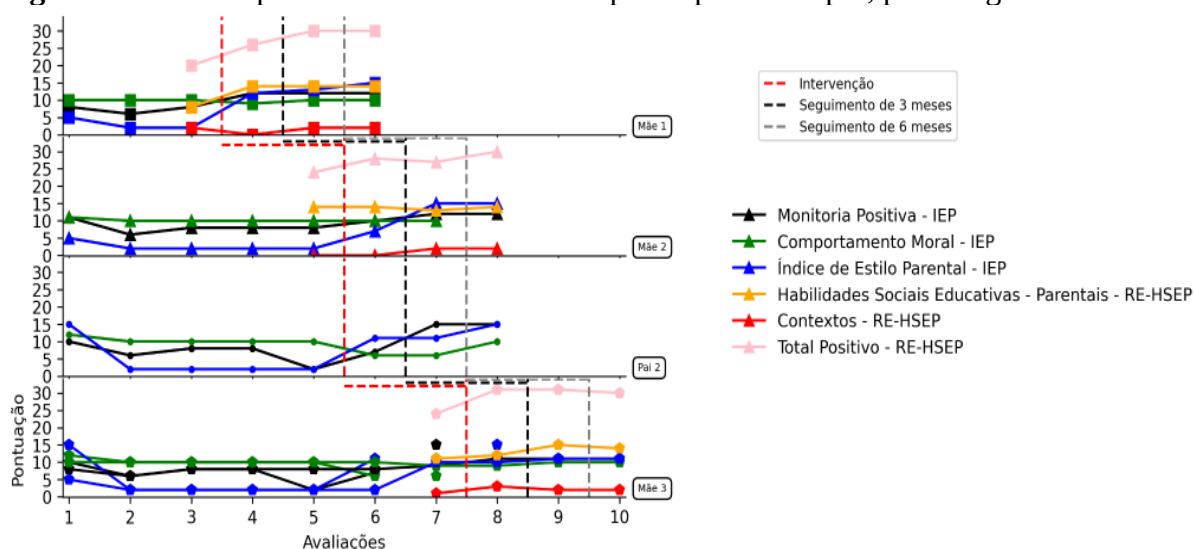
parental, total de habilidades educativas parentais e habilidades sociais, além do total positivo. Os dados podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1, C2 e C3 em observação de interação pais e filhos

Su j.	Escala	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	LB	Pós	Seg. 3 meses	Seg. 6 meses
M 1	Monitoria posit.	8	6					8	R	12	O*
	Comp. moral	10	10					10	B	9	RE
	Índice estilo par.	5	2					2	RE	12	O*
	HSE-P							8	C	14	NC*
	CONT							2	C	0	C
	Total Positivo							20	C	26	NC
M 2	Monitoria posit.	11	6	8	8			8	R	10	RE
	Comp. moral	11	10	10	10			10	B	10	B
	Índice estilo par.	5	2	2	2			2	RE	7	B
	HSE-P							14	NC	14	NC
	CONT							0	C	0	C
	Total Positivo							24	L	28	NC
P2	Monitoria posit.	10	6	8	8			8	R	11	B*
	Comp. moral	12	10	10	10			10	B	6	R*
	Índice estilo par.	15	2	2	2			2	RE	11	O*
	HSE-P										
	CONT										
	Total Positivo										
M 3	Monitoria posit.	8	6	8	8	8	8	9	R	11	B
	Comp. moral	10	10	10	10	10	10	9	RE	9	RE
	Índice estilo par.	5	2	2	2	2	2	10	B	10	B
	HSE-P							11	L	12	L
	CONT							1	C	3	C
	Total Positivo							24	L	31	NC

Legenda: S1: sonda 1, sonda 2...; L: limítrofe; C: Clínico; NC: Não clínico; R: risco; RE: regular; B: bom; O: ótimo. Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas; * significa alterações clinicamente significativas identificadas em JT que podem ser consultados em Apêndice H.

Fonte: autora

Figura 9 - Práticas positivas identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento

Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

De acordo com a Figura acima, verifica-se que houveram aumento de habilidades e mudanças significativas quanto a classificação do instrumento e quanto ao escore. Os dados indicaram aumento de habilidades sociais educativas e práticas positivas, e diminuição de práticas negativas. Os dados do IEP correspondem as características presentes no estilo parental permissivo, em toda a amostra. Por questões de procedimentos de análise, os dados de conteúdo não puderam ser avaliados enquanto significância do JT, como observados na tabela 2.

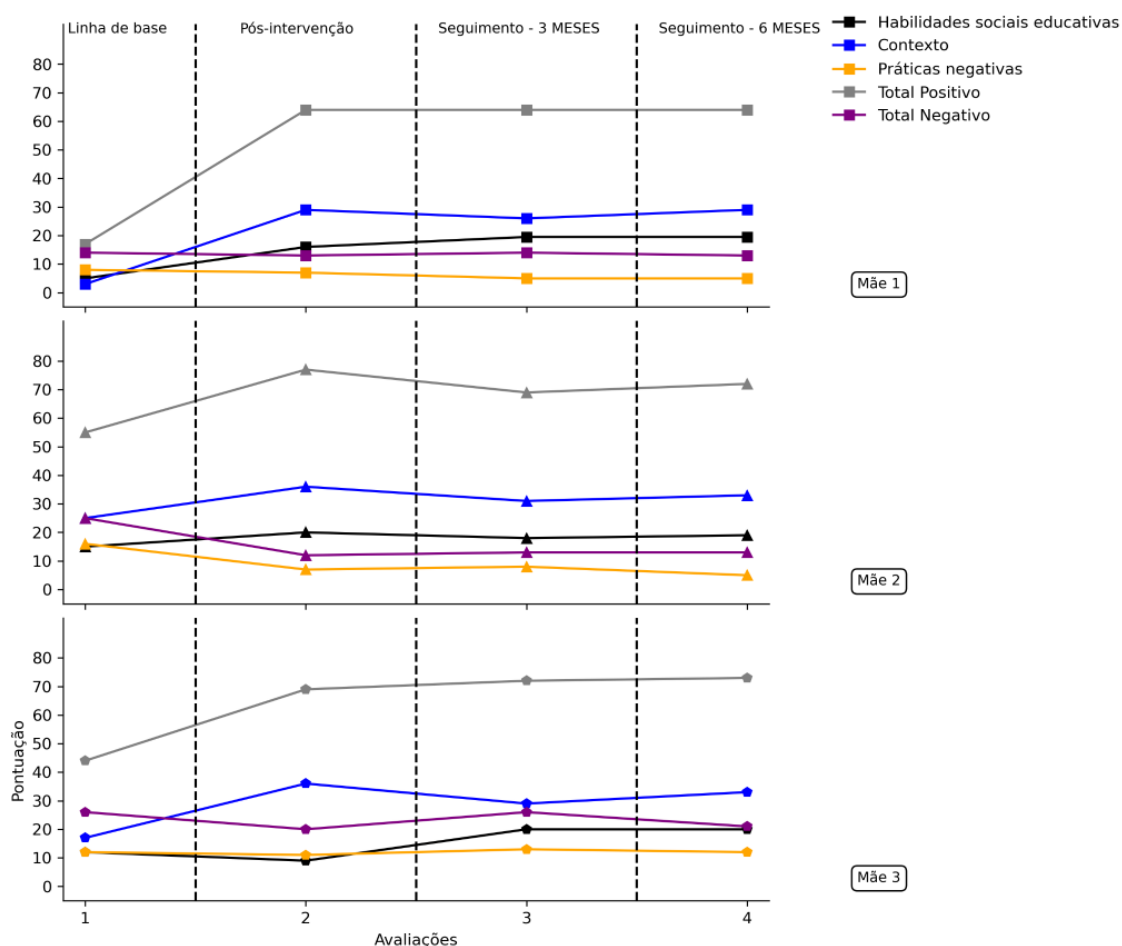
Tabela 2 - Fatores positivos e negativos- RE-HSEP - conteúdos

		LB		Pós		Seg 3 meses		Seg. 6 meses	
M1	HSE-P	5	C	16	NC	19	NC	19	NC
	CONT	3	C	29	NC	26	NC	26	NC
	PR NEG	8	C	7	C	5	NC	5	NC
	Total Positivo	17	L	64	NC	64	NC	64	NC
	Total Negativo	14	C	13	L	14	C	11	NC
M2	HSE-P	15	NC	20	NC	18	NC	19	NC
	CONT	25	NC	36	NC	31	NC	31	NC
	PR NEG	16	C	7	C	8	C	5	NC
	Total Positivo	55	NC	77	NC	69	NC	69	NC
	Total Negativo	25	C	12	NC	13	L	11	NC
M3	HSE-P	12	NC	9	L	20	NC	19	NC
	CONT	17	NC	36	NC	29	NC	31	NC
	PR NEG	12	C	11	C	13	C	11	C
	Total Positivo	44	NC	69	NC	72	NC	73	NC
	Total Negativo	26	C	20	C	26	C	20	C

Legenda: S1: sonda 1, sonda 2...; L: limítrofe; C: Clínico; NC: Não clínico; Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas.

Fonte: autora.

Figura 10 - Práticas positivas e negativas nos participantes no pré, pós e seguimento - RE-HSEP conteúdo



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Já a respeito das habilidades educativas negativas no IEP, notou-se mudanças clínicas de alguns fatores, em especial, apenas M1 e M2 apresentaram comportamentos com fatores de risco, e modificaram para repertório ótimo. Os dados podem ser consultados na tabela abaixo.

Tabela 3 - Habilidades educativas parentais negativas - resultados do IEP e RE-HSEP frequência

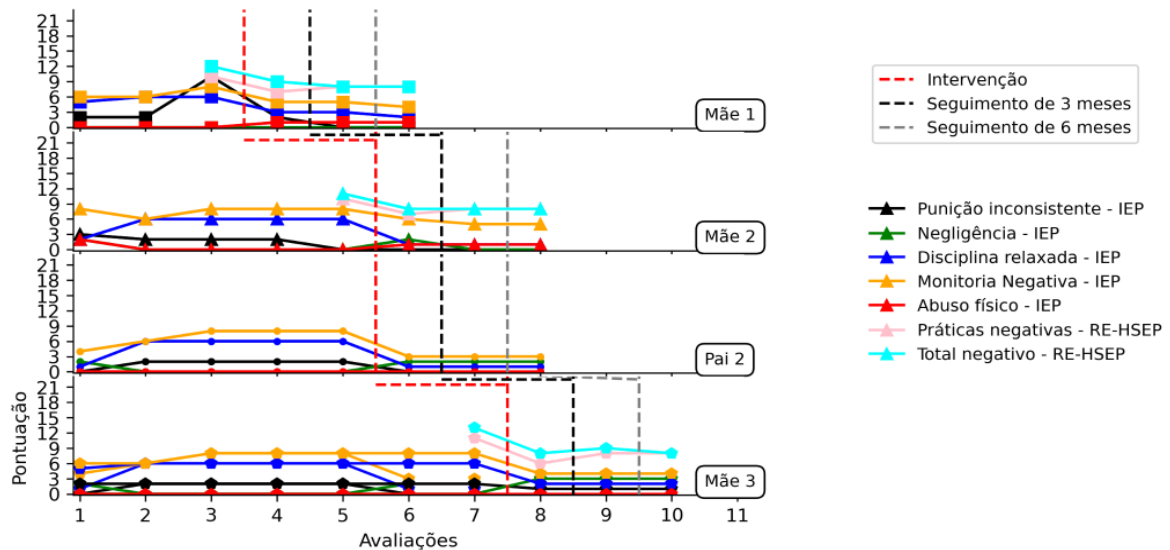
	Escala	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	LB	Pós		Seg. 3 meses		Seg. 6 meses
M1	Punição inconsistente	2	2					2 B	0	O	0	O	0 O
	Negligência	0	0					0 B	0	O	0	O	0 O
	Disciplina relaxada	5	6					6 O	3	RE	3	RE	2 RE
	Monitoria negativa	6	6					8 R	5	B	5	B	4 B
	Abuso físico	0	0					0 R	1	B	1	B	1 B
	PR NEG							10 NC	7	NC	8	NC	8 NC
	Total Negativo							12 NC	9	NC	8	NC	8 NC
M2	Punição inconsistente	3	2	2	2			2 B	3	B	0	O	0 O
	Negligência	2	0	0	0			0 O	2	B	0	O	0 O

	Disciplina relaxada	2	6	6	6	6	R	1	O*	1	O*	1	O*	
	Monitoria negativa	8	6	8	8	8	R	6	RE	5	B	5	B	
	Abuso físico	2	0	0	0	0	O	1	B	1	B	1	B	
	PR NEG					10	NC	7	NC	8	NC	8	NC	
	Total Negativo					11	NC	8	NC*	8	NC	8	NC	
P2	Punição inconsistente	0	2	2	2	2	B	0	O	0	O	0	O	
	Negligência	2	0	0	0	0	O	2	B	2	B	2	B	
	Disciplina relaxada	1	6	6	6	6	R	1	O*	1	O*	1	O*	
	Monitoria negativa	4	6	8	8	8	R	3	B*	3	B*	3	B*	
	Abuso físico	0	0	0	0	0	O	0	O	0	O	0	O	
	PR NEG													
	Total Negativo													
M3	Punição inconsistente	2	2	2	2	2	2	O	1	O	1	O	1	O
	Negligência	0	0	0	0	0	0	RE	3	RE	3	RE	3	RE
	Disciplina relaxada	5	6	6	6	6	6	O	2	B	2	B	2	B
	Monitoria negativa	6	6	8	8	8	8	B	4	B	4	B	4	B
	Abuso físico	0	0	0	0	0	0	O	0	O	0	O	0	O
	PR NEG						11	C	6	NC	8	NC	8	NC
	Total Negativo						13	L	8	NC	9	NC	8	NC

Legenda: S1: sonda 1, sonda 2...; L: limítrofe; C: Clínico; NC: Não clínico; R: risco; RE: regular; B: bom; O: ótimo. Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas; * significa alterações clinicamente significativas identificadas em JT.

Fonte: autora.

Figura 11 - Práticas negativas identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento

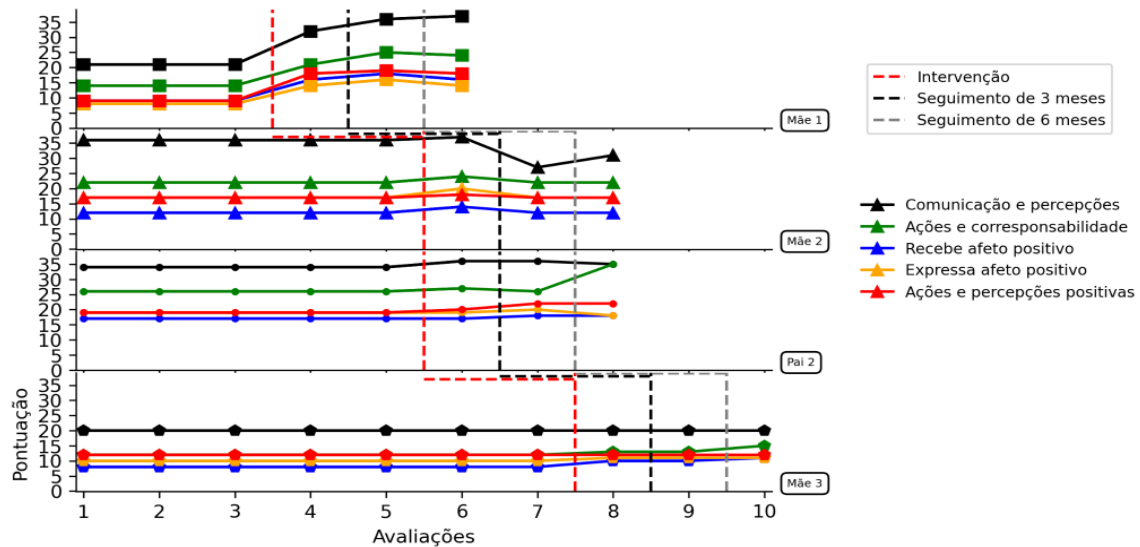


Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Os instrumentos e as medidas de significância clínica identificadas na análise do método JT estão localizadas no Apêndice H do presente trabalho. A respeito das habilidades sociais e conjugais positivas, foi identificada alterações clínicas significativas no JT apenas em M1 (Apêndice H), nos fatores positivos de comunicação e percepções, ações e corresponsabilidade, expressar afeto positivo e ações e percepções positivas. Já nos demais houve uma estabilidade

dos fatores, e um declínio em M2 em relação a sua comunicação e percepção conjugal. Os dados podem ser identificados na imagem abaixo.

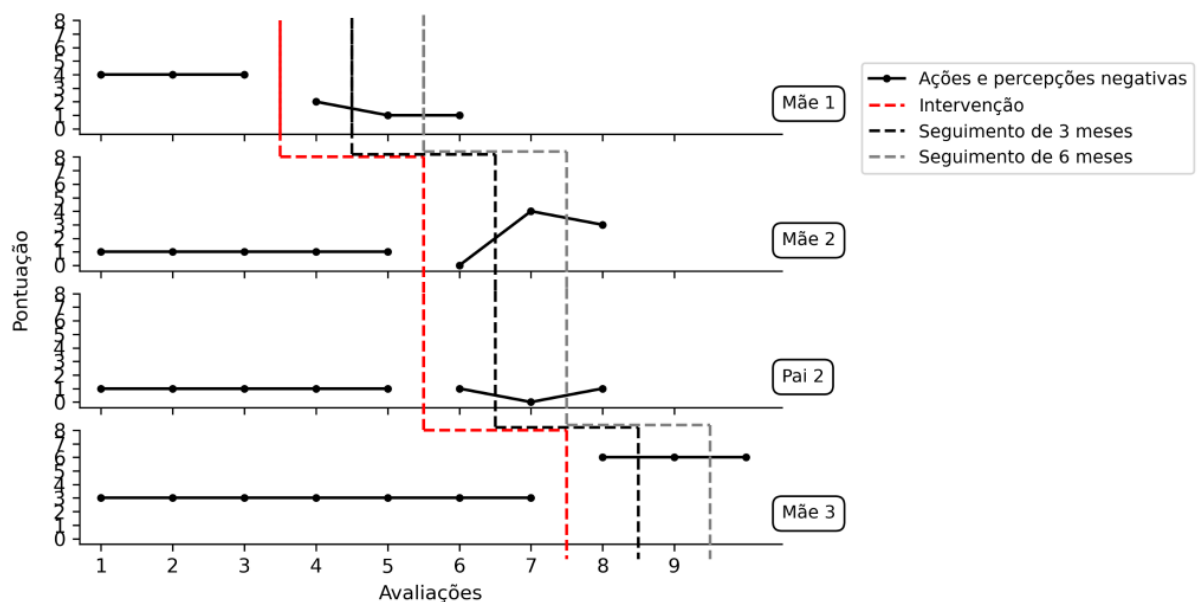
Figura 12 - Habilidades conjugais positivas



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Em ações e percepções negativas conjugais não foram identificadas mudanças clinicamente significativas no JT, no entanto, os escores tendem a diminuir nesse fator em M1, como pode ser observado na imagem a seguir.

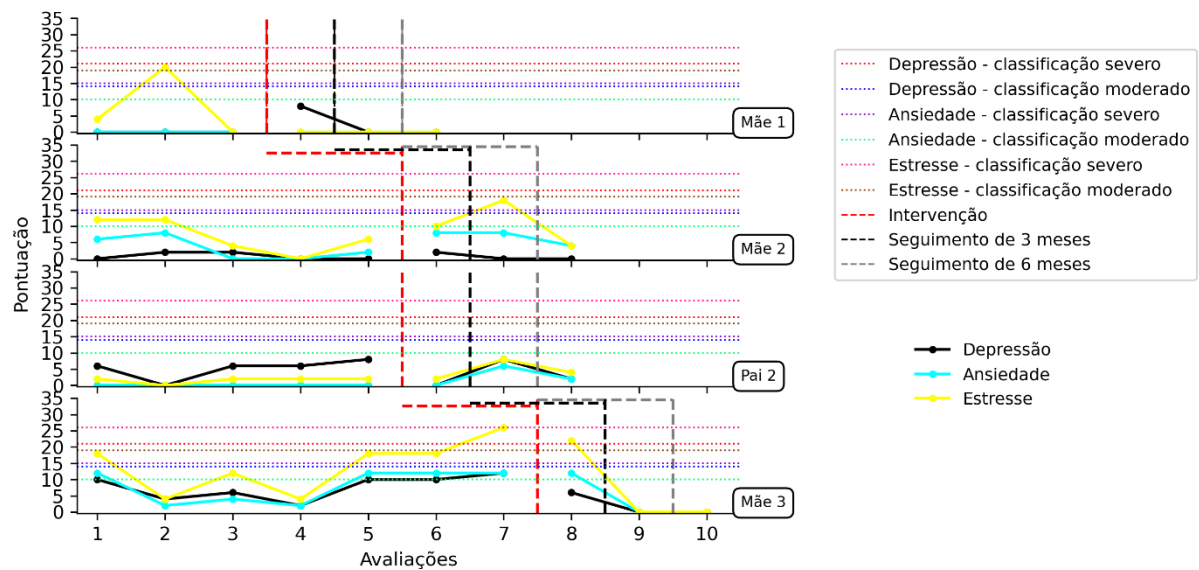
Figura 13 - Habilidades conjugais negativas - QRC



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

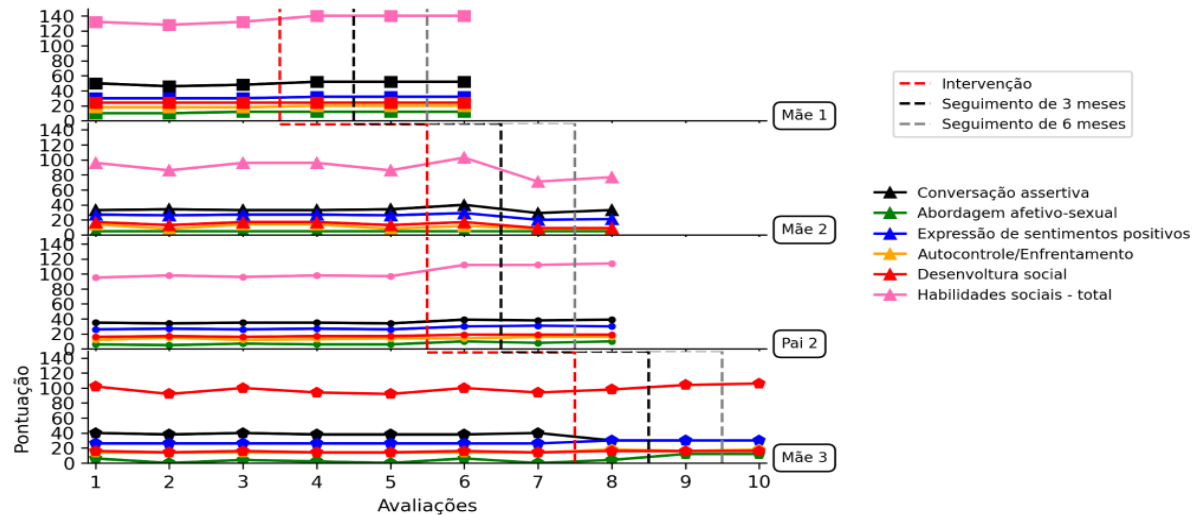
A respeito da saúde mental nenhum dos participantes apresentou questões clinicamente significativas, iniciaram com níveis normais, e finalizaram desta forma. Mas enquanto escore foi observada mudança clinicamente significativa do pré ao pós intervenção, na testagem do JT, em M1 com mudança negativa em depressão, em M2 com mudança negativa em ansiedade e estresse, em P2 com mudança positiva em depressão e negativa em estresse, e em M3 com mudança positiva tanto em depressão quanto em estresse. No entanto, identifica-se uma série de oscilações em alguns dos participantes, que podem estar relacionados com variáveis contextuais dos momentos de avaliação. Os dados podem ser verificados abaixo na Figura 14.

Figura 14 - Sinais de depressão, ansiedade e estresse identificadas nos participantes no pré, pós e seguimento



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Já a respeito das habilidades sociais (IHS-2) dos participantes, houve mudança clinicamente significativa em M2 no fator de abordagem afetivo-sexual, em PC2 no fator de expressão de sentimento positivo e em M3 de maneira negativa no fator de abordagem afetivo-sexual, e de maneira positiva no fator de expressão de sentimento positivo. Verifica-se que assim como em outros instrumentos, como no conjugal, MC2 demonstrou uma redução de habilidades quando comparada com o pós intervenção. Em relato, a participante afirmou em ambos os instrumentos que sua percepção e monitoria novas sobre seus comportamentos, a fizeram perceber que não emitis em topografia ou frequência adequada algumas dessas habilidades.

Figura 15 - Habilidades sociais dos participantes no pré, pós e seguimento

Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

9. DISCUSSÃO

A análise dos resultados da orientação parental Promove-Pais, focada em pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), nível 2 de suporte, revelou mudanças significativas nas práticas educativas parentais, como em HSE, monitoria positiva, monitoria negativa, índice total de estilo parental, total de habilidades educativas parentais positivas, disciplina relaxada. Por outro lado, algumas medidas mudaram após a intervenção mas não tiveram análises de diferenças significativas no JT, tais como práticas negativas, total negativo, punição inconsistente, entre outras. Houve medidas que se mantiveram sem alterações, como as de saúde mental e conjugalidade.

Entretanto, ao analisar os dados em profundidade, é essencial contextualizar as evidências dentro da literatura existente sobre saúde mental, estilos parentais e o impacto de intervenções parentais no contexto do TEA. Eckes et al. (2023) discutiram a partir de uma meta análise como intervenções baseadas em ABA estão relacionadas com bom desenvolvimento de crianças com TEA, e também se associam com efeito médio no funcionamento intelectual e em comportamento adaptativo.

Primeiramente, o estudo de Liden e Rosales-Ruiz (2024) oferece um contexto relevante ao observar os efeitos de uma intervenção baseada no modelo construcional de Goldiamond (1965, 1984). Através de uma mentoria parental que utilizava diários exploratórios de automonitoramento, pais aprenderam a realizar análises funcionais de eventos específicos, um método que foi eficaz na promoção de mudanças comportamentais. Tal abordagem pode ser vista como uma estratégia válida para a orientação de habilidades parentais, pois permite que

os pais se tornem mais conscientes de seus próprios comportamentos, promovendo mudanças no ambiente familiar e, por consequência, na interação com seus filhos. Tal resultado foi observado ao longo do presente estudo, em especial, as mães e o pai passaram a auto-observar com maior frequência, a partir das tarefas e passaram a avaliar seus comportamentos e repertórios de maneira mais sensível às habilidades ensinadas. Foi observado ao longo das tarefas mudança em relação aos detalhes que colocavam sobre o próprio comportamento diante de determinadas situações, além de resolver situações antes desafiadoras com maior habilidade crítica sobre seus comportamentos e consequências associadas.

No que se refere aos estilos parentais, a adoção do modelo de Baumrind (1991) a partir das conclusões e Gomide (2021) a respeito das práticas educativas sugerem que a intervenção pode contribuir para o aumento de comportamentos educativos positivos, como reforço positivo, disciplina consistente e modelagem de comportamentos. Essa abordagem é alinhada à análise de Steinbrenner et al. (2020), que enfatiza o uso de práticas baseadas em evidências no atendimento a crianças com TEA, apontando que práticas como essas são fundamentais para o desenvolvimento das habilidades sociais tanto das crianças quanto dos pais. Wong et al (2015) também aborda sobre as práticas de orientações parentais ser prática baseada em evidência como intervenção que promove o desenvolvimento de crianças com TEA. O aumento da monitoria positiva e total de práticas positivas, no presente estudo, corrobora com tais dados, visto que foram aumentos com significância estatística. Os dados do IEP indicaram características predominantes do estilo parental permissivo, em toda a amostra, mas com indicativos de mudanças em habilidades importantes para o estilo parental autoritativo.

Porém, ao abordar a saúde mental dos pais, os dados indicam que o programa, embora tenha proporcionado ganhos em habilidades sociais educativas e práticas educativas, não afetaram em mudanças significativas nos níveis de estresse, ansiedade ou depressão, que antes não eram clínicos e assim se mantiveram. Os dados indicam que o programa pode ser protetivo, posto que não houve uma piora em relação a tais fatores, mas não é possível inferenciar o porque de não ter reduzido tais respostas. Eckes et al. (2023) discutiram sobre esse mesmo achado em relação ao estresse parental, em um estudo de metanálise, não identificaram mudanças importantes nas comparações de intervenções baseada em ABA e outras abordagens, os responsáveis em geral oscilam níveis de estresse, o que pode ser justificado com fatores de risco como baixo suporte social. Isso pode ser atribuído à natureza situacional dos dados coletados, que refletiram estressores específicos vivenciados pelos participantes durante o período de coleta, e não exclusivamente ao contexto parental. Por exemplo, o participante P2 apresentou altos índices de estresse devido à sobrecarga profissional, enquanto M3 enfrentou estresse

relacionado à perda de emprego. Tais fatores externos, que não estão diretamente associados à parentalidade, podem ter influenciado as respostas observadas nos instrumentos de mensuração de saúde mental, indicando que o impacto da orientação no estresse parental precisa ser investigado com maior precisão. Como inicialmente nenhum dos participantes apresentou quadro clínico, os resultados de manutenção desses níveis normais podem ser interpretados como um dado positivo.

O uso de instrumentos mais sensíveis e específicos para a avaliação do estresse parental, como ferramentas de monitoramento de estresse em tempo real, poderia fornecer dados mais robustos e específicos. Conner et al. (2014) utilizaram o DASS-21 para verificação de estresse em mães de crianças com autismo, relacionando dados de que a parentalidade é sensível a altos níveis de estresse e que na população com TEA os índices de estresse relacionado a parentalidade é ainda maior, o DASS-21, neste estudo que buscou relacionar níveis de estresse e atenção plena, também identificou níveis de estresse que oscilaram ao longo da coleta nessa população. Othman et al. (2024) em um estudo quase-experimental avaliou alterações em saúde mental de pais de crianças com TEA a partir da DASS-21 após um treino parental de 10 sessões, e identificou mudanças em escore de depressão, estresse e ansiedade, quando comparado com o grupo controle, ressalta que a sessão 9 da orientação era focado em identificação de sinais de estresse e estratégias de redução desses sinais, o que não foi abordado diretamente no programa da presente pesquisa.

Em relação à conjugalidade, a análise dos dados qualitativos revelou que a dinâmica conjugal teve um impacto importante na intervenção. Embora nem todos os casais apresentassem mudanças significativas, em um dos casos (M1), foi observada uma melhora na comunicação e cooperação entre os pais, conforme relatado pela mãe. No entanto, em outros casos (M2 e P2), os níveis de conjugalidade se mantiveram ou até pioraram, embora tenha ocorrido uma maior troca de feedbacks durante as sessões de orientações. A dificuldade de colaboração observada em M3, em especial, parece estar diretamente relacionada a fatores de estresse extra-familiares, como a iminente separação do casal e a resistência do pai em participar ativamente do programa. Uma importante limitação do estudo foi a baixa participação de núcleos parentais formados pelos dois cônjuges, futuros estudos que possam ampliar o número de participantes dos pais, com participação paterna, podem ser dado importante.

A amostra que participou da pesquisa foi composta por três principais famílias, mas com duas sem a participação paterna, assim, todos com tarefas relacionadas às práticas educativas mais direcionadas às mães do que aos pais, o que está dentro dos achados da literatura de que as mães permanecem como responsáveis principais pelo processo educativo das crianças,

muitas vezes com sobrecarga, e às vezes com o risco do divórcio. Ao longo da orientação M3 abordava nos encontros dificuldades sobre a manutenção do relacionamento, as dificuldades de implementar tarefas da orientação com consistência do cônjuge que se recusava a participar. Esses achados sugerem, assim como a literatura indica, que a qualidade da conjugalidade pode impactar a eficácia da orientação parental, com evidências indicando que o suporte conjugal e a comunicação assertiva desempenham papéis cruciais no sucesso da mesma. A integração de abordagens que considerem a conjugalidade e a coparentalidade poderia, assim, potencializar os efeitos da intervenção, quando ocorrer dificuldade conjugal associada a parentalidade, criando um ambiente mais coeso e colaborativo para os pais/cuidadores, e consequentemente, para o desenvolvimento dos filhos. A participação do casal, nesse caso, poderia ter efeitos diferentes resultantes da intervenção.

Ainda, em relação aos efeitos da orientação sobre as habilidades sociais dos pais, os dados indicam que não houve aumento significativo nessas habilidades, embora, no discurso qualitativo os participantes relataram uma mudança de percepção sobre suas habilidades em contextos de trabalho, com familiares, e outros. Em especial M2 foi uma mãe que na avaliação do pós intervenção, abordou que avaliava algumas habilidades suas como adequadas, e que após a orientação entendeu que havia pontos para serem melhorados. Assim como os dados indicaram, a monitoria positiva aumentou nesses ambientes educativos parentais, o que em alguns casos no IHS, indicou queda de avaliação nos pós intervenção não identificada como piora pelos participantes, mas porque compreenderam habilidades ao longo da orientação e passaram a se avaliarem com maior clareza. Lee et al. (2021) em uma revisão de escopo identificaram que mesmo em ambientes de pouco recurso, treinamentos e orientações parentais pode ser importante estratégia para ampliação dessa habilidade parental, em especial, devido à escassez de profissionais qualificados e o alto custo das intervenções intensivas. O estudo de Lee et al. (2021) também abordou sobre os alcances de generalização dessas intervenções focadas em mães e pais, em especial, devido ao lar ser ambiente natural de ensino e prática com resultados evidentes e recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A mudança observada nas habilidades sociais e educativas dos pais sugere que a intervenção parece ter tido um efeito positivo na capacidade dos pais de se comunicar de maneira mais assertiva e estabelecer limites claros, como indicado pelos resultados no IEP e RE-HSEP. Os dados de melhora também se relacionam com ganhos significativos de auto monitoria identificado também no relato dos participantes na avaliação escrita do pós intervenção, tanto relacionado às habilidades ensinadas que passaram a ser implementadas de maneira generalizada, por exemplo, PC2 relatou sobre realizar uma crítica sanduíche com um

colega de trabalho e que gostou da técnica, e M2 relatou sobre um feedback ao próprio P2 sobre a forma que ele dirigia.

A percepção dos pais sobre os comportamentos uns dos outros também se modificou, levando a uma maior compreensão e valorização da comunicação assertiva, inclusive na expressão de críticas. M2 e M3 tinham posturas mais passiva, e M1 e PC1 já emitiam padrões de comunicação mais agressivos. Na medida em que a orientação ocorre, percebe-se uma mudança de padrões de comunicação, e a autopercepção dos participantes sobre sua assertividade. Há uma pequena piora no IHS na comunicação assertiva em quase todos os participantes, a hipótese, que vem com os dados qualitativos da pesquisa, é que os participantes antes avaliavam como se tivessem determinadas habilidades, e posterior ao ensino, identificaram dificuldades nas próprias comunicações. M1 demonstrou, em relato, que percebe que a comunicação agressiva parecia trazer ganhos mais imediatos, mas que a assertiva a aproximou mais do esposo, além de identificar que ele a tinha elogiado por mudanças com a comunicação mais assertiva. Já M3 indicou padrões de maior desgaste na relação, coincidindo com as mudanças negativas avaliadas no QRC.

Os resultados do estudo indicaram que o programa Promove-Pais foi eficaz na promoção de mudanças nas habilidades educativas parentais, positivas e negativas, mas os efeitos sobre a saúde mental, habilidades sociais gerais e a conjugalidade, embora presentes em alguns casos, requerem investigações mais aprofundadas. As futuras pesquisas devem considerar a utilização de instrumentos mais específicos para a avaliação de estresse e saúde mental na população em específico, além de explorar mais profundamente a relação entre a conjugalidade e o sucesso da orientação parental, a fim de proporcionar um suporte mais completo para os pais de crianças com TEA.

O estudo também ressalta a importância do modelo colaborativo de Webster-Stratton e Hebert (1993) para a orientação. Ao longo do processo, entende-se que integrar o conhecimento dos pais nas intervenções, não apenas potencializa o aprendizado deles sobre os conteúdos, assim como favorece a modelação e a modelagem. Entende-se também que torná-los ativos no processo, ao realizar as tarefas semanais, favoreceu habilidades de automonitoramento, o que auxiliou na percepção sobre seus déficits, excessos e reservas. O modelo colaborativo, associado ao modelo Construcional de Goldiamond, possibilitou a auto-observação sobre os comportamentos deles e de seus filhos, em especial, focado em observação de adequados além dos inadequados, esses alcances também foram identificados no estudo de Liden E Rosales-Ruiz (2024) que se baseou no modelo construcional.

O estudo identifica a dificuldade na avaliação fidedigna de dados de coparentalidade, pela ausência de instrumento e baixa participação paterna no estudo, e indica a necessidade de consideração em estudos futuros. Ainda, nos dados do QRC apareceu com frequência, em especial, devido a alta demanda materna nas tarefas e baixo diálogo entre os pais sobre decisões de projeto parental conjunto, o que pode acarretar em baixa consistência enquanto práticas parentais. Assim como Fernandez et al. (2024) discutiu em seu estudo, a participação familiar de ambos os responsáveis está relacionada diretamente com o desempenho em ensinamentos e bem estar dos filhos, a baixa adesão paterna a orientação é um dado que pode ser considerado.

As mudanças significativas nas HSE corroboram para a avaliação de que o programa foi efetivo na presente pesquisa, e que pode ser importante estratégia complementar aos tratamentos de crianças e adolescentes com autismo, maximizando ganhos decorrentes da terapia comportamental (ABA) e corroborando com a literatura sobre ser uma prática baseada em evidência (Bordini *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2021).

10. CONCLUSÃO

Assim como observado no artigo de Steinbrenner et al. (2020), o presente estudo também evidencia a importância da orientação parental como uma prática fundamental no suporte a crianças com TEA. Ao proporcionar aos pais as ferramentas necessárias para interagir de maneira mais eficaz com seus filhos, não apenas promove o desenvolvimento das crianças, mas também fortalece a estrutura familiar como um todo. Isso ressalta a necessidade de integrar orientação parental nos programas de intervenção para maximizar os benefícios para todos os envolvidos.

Intervenções parentais, em especial a partir de objetivos focado em habilidades educativas parentais, podem contribuir diretamente quanto a redução de custos e investimento em terapia comportamental, posto, que, assim que promovido as habilidades parentais, estas devem funcionar de maneira preventiva, auxiliando na melhora das relações, na ampliação de monitoria positiva e reforços adequados contingenciados no contexto familiar, ou seja, com procedimentos de ensino focado em generalização de algumas habilidades clínicas além da ampliação de outras. Desta forma, a ampliação de habilidades e redução de problemas de comportamento pode ser uma medida importante a ser conquistada a partir das orientações parentais, e o custo de intervenções intensivas reduzidas, com ampliação dos alcances educativos parentais.

Os resultados preliminares do uso do programa Promove-Pais na população de responsáveis por crianças e adolescentes com TEA indicam um caminho promissor para

intervenções que visam fortalecer as habilidades parentais e, consequentemente, melhorar o desenvolvimento das crianças. A possibilidade de aplicar a orientação em grupos de pais poderá aumentar a acessibilidade do programa, mas também promover um ambiente de suporte mútuo, onde os responsáveis compartilham experiências e estratégias eficazes.

Além disso, a combinação do Promove-Pais com o Promove-Crianças representa uma abordagem integrada que pode potencializar os resultados. Essa sinergia entre programas permite que os pais não apenas aprendam a apoiar suas crianças, mas também se tornem ativos no processo de aprendizagem e socialização, criando um ciclo de desenvolvimento positivo.

Para avançar nessa área, novos estudos são necessários, com amostras maiores que possam garantir a generalização dos resultados, em especial identificando como um limite da presente pesquisa o número reduzido da amostra e a baixa participação paterna. A adoção de um desenho de ensaio clínico randomizado permitirá que as intervenções sejam avaliadas de maneira rigorosa, buscando não apenas significância clínica, mas também estatística e tamanho de efeito. Esses critérios são fundamentais para validar a eficácia do Promove-Pais e suas combinações, fornecendo evidências robustas que possam ser utilizadas na formulação de políticas públicas e práticas clínicas. Dessa forma, a continuidade das pesquisas sobre o Promove-Pais abre um leque de oportunidades para desenvolver intervenções mais eficazes e sustentáveis, garantindo melhores resultados para as famílias de crianças e adolescentes com TEA.

Ainda, novos estudos devem considerar a utilização de instrumentos específicos para o público com autismo, em especial sobre a coparentalidade, sobre a autoestima, e outros fatores de risco relacionados à sobrecarga dos processos educativos, em especial, com as mães das crianças que assumem boa parte das obrigações de cuidado. A avaliação de estresse e saúde mental materna, nessa população de sobrecarga de tarefas educativas, em específico, pode se relacionar a respostas importantes sobre a parentalidade atípica e fomentar discussões a respeito das políticas públicas nessa área. Entende-se que os avanços relacionados à inclusão têm ocorrido enquanto leis, mas que não abrange a população dos cuidadores, diretamente, desta forma, precisam ser avaliados constructos em instrumentos que possam fornecer dados que possam influenciar a criação de políticas públicas mais abrangentes, que considerem tanto as necessidades das crianças com TEA quanto dos cuidadores.

Em conclusão, este estudo reforça a relevância da orientação parental como uma ferramenta essencial para o suporte a crianças com TEA, destacando seu impacto positivo no desenvolvimento de habilidades educativas positivas, além de ampliação de habilidades infantil e no fortalecimento das relações familiares. Ressalta que o estudo implicou em uma orientação

parental de 15 sessões, de fácil implementação e reprodução por outros profissionais. Assim, o avanço no entendimento e na implementação de intervenções eficazes, que incluem tanto os pais quanto os profissionais, sendo que estes últimos não participaram da análise na presente pesquisa, é imprescindível para garantir um futuro mais inclusivo e sustentável para as famílias com procedimentos mais efetivos e baseados em evidência.

11. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Anaísa Leal Barbosa; ELIAS, Luciana Carla Dos Santos; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Programa Promove-Pais Adaptado Para Responsáveis De Crianças E Adolescentes Com TDAH. **Pro-Posições**, V. 35, P. E2024c0701br, 2024.
- BAUMRIND, D. The Influence Of Parenting Style On Adolescent Competence And Substance Use. **The Journal Of Early Adolescence**, 11(1), 56-95, 1991.
- BIJVANK, Marije Nije; KONIJN, Elly A.; BUSHMAN, Brad J. “We Don’t Need No Education”: Video Game Preferences, Video Game Motivations, And Aggressiveness Among Adolescent Boys Of Different Educational Ability Levels. **Journal Of Adolescence**, V. 35, N. 1, P. 153-162, 2012.
- BOHN, Marcela; MOSMANN, Clarisse Pereira. Intimidade Conjugal: Papel Discriminante Dos Níveis De Mindfulness. **Revista Da SPAGESP**, V. 22, N. 1, P. 114-127, 2021.
- BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. Práticas Educativas, Relacionamento Conjugal, Comportamentos Infantis De Grupos Diferenciados Pela Depressão Materna. **Revista Psicologia Em Pesquisa**, V. 17, N. 1, P. 1-22, 2023.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S. **Promove - Pais** - Treinamento De Habilidades Sociais Educativas: Guia Teórico E Prático. Hogrefe, 2018.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R.; MATURANO, E. M. **Roteiro De Entrevista De Habilidades Sociais Educativas Parentais** (RE-HSE-P). Manual Técnico. São Paulo: Hogrefe/Cetepp. 2016.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Relacionamento Conjugal, Problemas De Comportamento E Habilidades Sociais De Pré-Escolares. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, V. 26, N. 1, P. 67–75, 2010.
- BORDINI, D. Et Al. Exploring The Acquisition Of Social Communication Skills In Children With Autism: Preliminary Findings From Applied Behavior Analysis (ABA), Parent Training, And Video Modeling. **Brain Sci.**, 2024, 14, 172. <https://doi.org/10.3390/brainsci14020172>.
- CARNEIRO, J. M. O. **Estilos Parentais: Adaptação Ao Contexto Português Do IEP**. Dissertação De Mestrado, Instituto Superior De Serviço Social Do Porto, 2023. Disponível Em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45897/3/Joanacarneiro.pdf>

- CHOI, J.-K.; BECHER, E. H. Supportive Coparenting, Parenting Stress, Harsh Parenting, And Child Behavior Problems In Nonmarital Families. **Family Process**, V. 58, N. 2, P. 404-417, 2019.
- CLAYBORNE, Zahra M. Et Al. Parenting Practices In Childhood And Depression, Anxiety, And Internalizing Symptoms In Adolescence: A Systematic Review. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, V. 56, P. 619-638, 2021.
- CONNER, Caitlin M.; WHITE, Susan W. Stress In Mothers Of Children With Autism: Trait Mindfulness As A Protective Factor. **Research In Autism Spectrum Disorders**, V. 8, N. 6, P. 617-624, 2014.
- COON, J. C.; RAPP, J. T. Application Of Multiple Baseline Esigns In Behavior Analytic Research: Evidence For The Influence Of New Guidelines. **Wileyonlinelibrary.Com/Journal/Bin Behavioral Interventions**. P:33:160–172, 2018. <https://doi.org/10.1002/Bin.1510>
- COZBY, P. C. **Métodos De Pesquisa Em Ciências Do Comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Inventário De Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual De Aplicação, Apuração E Interpretação. São Paulo: **Pearson Clinical**. 120P., 2018.
- DEL PRETTE, ZILDA APARECIDA PEREIRA; DEL PRETTE, ALMIR. Significância Clínica E Mudança Confiável Na Avaliação De Intervenções Psicológicas. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, V. 24, P. 497-505, 2008.
- ECKES, Theresa Et Al. Comprehensive ABA-Based Interventions In The Treatment Of Children With Autism Spectrum Disorder–A Meta-Analysis. **BMC Psychiatry**, V. 23, N. 1, P. 133, 2023.
- FERNÁNDEZ CERERO, José; MONTENEGRO RUEDA, Marta; LÓPEZ MENESES, Eloy. The Impact Of Parental Involvement On The Educational Development Of Students With Autism Spectrum Disorder. **Children**, V. 11, N. 9, P. 1062, 2024.
- FERRAZ, F. I. A. De L.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos Do Programa Promove-Casais Para A Conjugalidade, Parentalidade, Saúde Mental E Comportamentos Infantis. **Ciências Psicológicas**, V. 17, N. 1, 2023.
- FIDELIS, D. Et Al. Relações Entre Conjugalidade, Parentalidade E Coparentalidade Em Famílias Com Crianças. **Cadernos De Psicologia**, V. 2, N. 2, P. 16-16, 2022.
- GERARD, J. M.; KRISHNAKUMAR, A.; BUHELER, C. Marital Conflict, Parent-Child Relations, And Youth Maladjustment A Longitudinal Investigation Of Spillover Effects. **Journal Of Family Issues**, V.13, N.1, P.121, 2007.
- GOMIDE, P. I. C. Inventário De Estilos Parentais – IEP: Modelo Teórico, Manual De Aplicação, Apuração E Interpretação. **Vozes**, 2006.

GOMIDE, P. I. C. Inventário De Estilos Parentais – IEP: Fundamentação Teórica, Instruções De Aplicação, Apuração E Interpretação [4ª Edição - Revista, Atualizada E Ampliada Com Teoria E Prática]. **Juruá Editora**, 2021.

GORDON, T. **Parent Effectiveness Training**: The Proven Program For Raising Responsible Children. Harmony, 2008.

JACOBSON, Neil S.; TRUAX, Paula. **Clinical Significance**: A Statistical Approach To Defining Meaningful Change In Psychotherapy Research. 1992.

KARA, Demet; SÜMER, Nebi. The Role Of Paternal Parenting And Co-Parenting Quality In Children's Academic Self-Efficacy. **Frontiers In Psychology**, V. 13, P. 772023, 2022.

KUHLTHAU, Karen Et Al. Quality Of Life For Parents Of Children With Autism Spectrum Disorders. **Research In Autism Spectrum Disorders**, V. 8, N. 10, P. 1339-1350, 2014.

LEE, James D.; MEADAN, Hedda. Parent-Mediated Interventions For Children With ASD In Low-Resource Settings: A Scoping Review. **Review Journal Of Autism And Developmental Disorders**, V. 8, N. 3, P. 285-298, 2021.

LEIJTEN, P. Et Al. Meta-Analyses: Key Parenting Program Components For Disruptive Child Behavior. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, V. 58, N. 2, P. 180-190, 2019.

LIDEN, T. A.; ROSALES-RUIZ, J. Constructional Parent Coaching: A Collaborative Approach To Improve The Lives Of Parents Of Children With Autism. **Behavior Analysis In Practice**, P. 1-18, 2024.

LOVIBOND, S. H; LOVIBOND, P. F. **Manual For The Depression, Anxiety, Stress Scales Australia**. 1995. Disponível Em: <http://Www2.Psy.Unsw.Edu.Au/Dass/>.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization In The Context Of The Family: Parent-Child Interaction. In P. H. Mussen (Ed.), **Handbook Of Child Psychology** (Vol. 4, Pp. 1-101). Wiley, 1983.

MACIEL-PORTES, J.R. Et Al. Estilos Parentais, Coparentalidade E problemas De Comportamento Em Crianças Com Autismo: Estudo Correlacional. **Acta Colombiana De Psicología**, V. 25, N. 2, P. 78-89, 2022.

MCCART, Michael R.; SHEIDOW, Ashli J.; JARAMILLO, Jamie. Evidence Base Update Of Psychosocial Treatments For Adolescents With Disruptive Behavior. **Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology**, V. 52, N. 4, P. 447-474, 2023.

MCHALE, J. P.; LINDAHL, K. M. What Is Coparenting. **Coparenting: A Conceptual And Clinical Examination Of Family Systems**, P. 3-12, 2011.

MEDEIROS, F. A., ROVARIS, J. A., BOLSONI-SILVA, A. T. **PROMOVE-PAIS: Um Programa De Promoção De Práticas Educativas Parentais Positivas**. Parentalidade (Responsável): Investigações, Intervenções E Programas - Um Livro Para Pais E Profissionais V. 1. ROLIM, O. M. P. R.; PEREIRA, V. A. Curitiba: CRV, 2023

MOSMANN, C. P. Et Al. Conjugalidade, Parentalidade E Coparentalidade: Associações Com Sintomas Externalizantes E Internalizantes Em Crianças E Adolescentes. **Estudos De Psicologia (Campinas)**, V. 34, P. 487-498, 2017.

MOSMANN, C. P.; ZORDAN, E. P.; WAGNER, A. A Qualidade Conjugal Como Fator De Proteção Do Ambiente Familiar. In A. Wagner (Org.), **Desafios Psicossociais Da Família Contemporânea: Pesquisas E Reflexões** (Pp.58-71). Porto Alegre: Artmed, 2011.

NOGUEIRA, S. Et Al. Triplo P: Programa De Parentalidade Positiva: Um Estudo Piloto Com Mães Em Situação De Risco Psicossocial. In: **Actas Do 3º Congresso Da Ordem Dos Psicólogos Portugueses**. 2016.

OTHMAN, Sally S. Et Al. Effectiveness Of A Parent Training Intervention For Children With Comorbid Autism Spectrum Disorder And Behavioral Problems In Alexandria, Egypt. **Journal Of High Institute Of Public Health**, V. 54, N. 1, P. 10-22, 2024.

PALKOVITZ, Rob; FAGAN, Jay; HULL, James. Coparenting And Children's Well-Being. In: **Handbook Of Father Involvement**. Routledge, P. 202-219, 2013.

PAN, B. Et Al. Co-Parenting, Parental Competence And Problem Behaviours In Children: Examining Differential Parental Roles. **Humanities And Social Sciences Communications**, V. 11, N. 1, P. 1-10, 2024.

PATTERSON, G. R. Coercive Family Process. **Castalia Publishing Company**. V. 3., 368 P., 1982.

PATTERSON, Gerald R. The Early Development Of Coercive Family Processes. In: REID, J. B.; PATTERSON, G. R.; SNYDER, J. (Eds.). **Antisocial Behavior In Children And Adolescents: A Developmental Analysis And Model For Intervention**. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 25-44.

PEDRO, M. F. Et Al. Marital Satisfaction And Partners' Parenting Practices: The Mediating Role Of Coparenting Behavior. **Journal Of Family Psychology**, V. 26, N. 4, P. 509, 2012.

PILKINGTON, P. Et Al. Systematic Review Of The Impact Of Coparenting Interventions On Paternal Coparenting Behaviour. **Journal Of Advanced Nursing**, V. 75, N. 1, P. 17-29, 2019.

PORTES, J. R. M.; VIEIRA, M. L. Coparentalidade No Contexto Familiar De Crianças Com Transtorno Do Espectro Autista. **Psicologia Em Estudo**, V. 25, P. E44897, 2020.

RYAN, S. M. Et Al. The Factors Associated With Reduced Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review Of Longitudinal Studies. **Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry**, V. 44, N. 9, P. 774-783, 2010.

RYAN, Jill; ROMAN, Nicolette V.; OKWANY, Auma. The Effects Of Parental Monitoring And Communication On Adolescent Substance Use And Risky Sexual Activity: A Systematic Review. **The Open Family Studies Journal**, V. 7, N. 1, 2015.

SAMPAIO, A. A. S.; Et Al. Uma Introdução Aos Delineamentos Experimentais De Sujeito Único. **Interação Em Psicologia**, V12, N1, 2008.

DOI: [Http://Dx.Doi.Org/10.5380/Psi.V12i1.9537](http://Dx.Doi.Org/10.5380/Psi.V12i1.9537)

SANDBANK, Micheal Et Al. Project AIM: Autism Intervention Meta-Analysis For Studies Of Young Children. **Psychological Bulletin**, V. 146, N. 1, P. 1, 2020.

SANDERS, M. R. Triple P–Positive Parenting Program: A Population Approach To Promoting Competent Parenting. **Australian E-Journal For The Advancement Of Mental Health**, V. 2, N. 3, P. 127-143, 2003.

SANDERS, M. R., Et Al. The Triple P Positive Parenting Program: A Systematic Review And Meta-Analysis Of A Multi-Level System Of Parenting Support. **Family Relations**, 63(4), 617-629, 2014. <https://doi.org/10.1111/fare.12073>

SANDERS, M. R.; MARKIE-DADDS, C. The Triple P-Positive Parenting Program: A Population Approach To Promoting Competent Parenting. **The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry**, 30(6), 823-831, 1996.

SANDERS, M. R. Et Al. The Triple P-Positive Parenting Program: A Population Approach To Improving Parenting Skills. **The Behavior Analyst Today**, 1(1), 8-22, 2000.

<https://doi.org/10.1037/H0096955>

SANDERS, Matthew R.; MAZZUCHELLI, Trevor G. (Ed.). **The Power Of Positive Parenting**: Transforming The Lives Of Children, Parents, And Communities Using The Triple P System. Oxford University Press, 2017.

SMITH, T; IADAROLA, S. Evidence Base Update For Autism Spectrum Disorder. **Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology**, V. 44, N. 6, P. 897-922, 2015.

SOLMEYER, A. R. Et Al. The Effects Of The Family Foundations Prevention Program On Coparenting And Child Adjustment: A Mediation Analysis. **Prevention Science**, V. 15, P. 213-223, 2014.

SOUZA, P. B. M. De Et Al. Coparentalidade: Um Estudo De Revisão Sistemática De Literatura. **Estilos Da Clínica**, V. 21, N. 3, P. 700-720, 2016.

STEINBRENNER, J. R. Et Al. Evidence-Based Practices For Children, Youth, And Young Adults With Autism Spectrum Disorder. The University Of North Carolina At Chapel Hill, **Frank Porter Graham Child Development Institute**, 2020.

THIJSEN, Jill Et Al. The Effectiveness Of Parent Management Training—Oregon Model In Clinically Referred Children With Externalizing Behavior Problems In The Netherlands. **Child Psychiatry & Human Development**, V. 48, P. 136-150, 2017.

VAN EGEREN, L. A.; HAWKINS, D. P. Coming To Terms With Coparenting: Implications Of Definition And Measurement. **Journal Of Adult Development**, V. 11, P. 165-178, 2004.

VILLA, M.; AGUIAR, A.; DEL PRETTE, Z. **Intervenções Baseadas Em Evidências**: Aplicações Do Método JT . São Carlos: Edufscar, 2012.

WEBSTER-STRATTON, C.; REID, M. J. Strengthening Social And Emotional Competence In Young Children: The Use Of The Incredible Years Program. **Journal Of Child And Family Studies**, 13(3), 217-230, 2004.

<https://doi.org/10.1023/B:JCFS.00000003299.94759.55>

WEBSTER-STRATTON, C.; REID, M. J. The Incredible Years Parents, Teachers, And Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach For Young Children With Conduct Problems. **The Journal Of Emotional And Behavioral Disorders**, 12(3), 196-210, 2004.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn. The Incredible Years Parent, Teacher And Child Programs: Foundations And Future. In: FEINBERG, M. E. (Ed.). **Designing Evidence-Based Public Health And Prevention Programs**: Expert Program Developers Explain The Science And Art. England: Routledge, 2020.

WONG, C., Et Al. Evidence-Based Practices For Children, Youth, And Young Adults With Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review. **Journal Of Autism And Developmental Disorders**, 45(7), 1951–1966, 2015.

YU, YONGJU; XIAO, YAN. Coparenting Alleviated The Effect Of Psychological Distress On Parental Psychological Flexibility. **Frontiers In Psychology**, V. 12, P. 646380, 2021.

12. Estudo 2: Efeitos de generalização do Promove pais: mudança de comportamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista nível de suporte 2

OLIVEIRA, T. Efeitos de generalização do Promove pais: mudança de comportamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista nível de suporte 2. In: **Efeitos do promove-pais sobre habilidades educativas parentais de cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista**. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2025.

RESUMO

A Análise do Comportamento Aplicada tem se mostrado uma abordagem eficaz para o desenvolvimento de intervenções direcionadas a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essas intervenções frequentemente incluem orientações parentais, que visam capacitar os responsáveis a aplicarem estratégias comportamentais no dia a dia. As orientações parentais têm demonstrado efeitos significativos, como a mudança de comportamentos indesejados, a ampliação de habilidades sociais e a redução de problemas comportamentais nas crianças. A presente pesquisa envolveu três crianças com TEA, cujos responsáveis participaram de uma orientação parental composto por 15 encontros focados em habilidades educativas parentais. O objetivo da pesquisa era verificar mudança de comportamentos das crianças, a partir da intervenção realizada com os pais. Os resultados obtidos indicaram que as intervenções levaram a alterações nos comportamentos das crianças, sugerindo que os efeitos da orientação parental podem se generalizar para outros contextos. Essa evidência ressalta a importância de implementar programas de orientação parental, que não apenas promovem melhores resultados para as crianças, mas também podem resultar em redução de custos de tratamento a longo prazo. A implementação dessas orientações é, portanto, uma estratégia valiosa, pois oferece aos pais as ferramentas necessárias para promover mudanças comportamentais em seus filhos, contribuindo para um desenvolvimento mais positivo e integrado na sociedade. A pesquisa reforça a relevância de intervenções que considerem a participação ativa dos pais no processo de ensino e aprendizagem, destacando os benefícios tanto para as crianças quanto para suas famílias.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Habilidades Educativas Parentais; Análise do Comportamento Aplicada; Treinamento de Pais.

13. INTRODUÇÃO

A Análise do Comportamento utiliza diferentes terminologias para descrever comportamentos que podem interferir no desenvolvimento e na aprendizagem, como "comportamentos problemáticos", "desafiadores", "interferentes", "déficits e excessos comportamentais". Embora esses termos sejam frequentemente usados como sinônimos, cada um carrega nuances que podem impactar a forma como são interpretados e abordados em intervenções. No contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), comportamentos como agressividade, autolesão e dificuldades no processo de ensino-aprendizagem são frequentemente categorizados como "interferentes", ressaltando a importância de compreender sua função para definir estratégias eficazes. Assim, o presente artigo explora essas diferentes nomenclaturas e suas implicações nas discussões relacionadas a população infantil diagnosticada com TEA, nível de suporte 2.

Além disso, a pesquisa destaca a relação entre esses comportamentos e fatores como déficits em habilidades sociais, impacto e influências ambientais, como os estilos parentais. Estudos apontam que a forma como os pais lidam com os comportamentos das crianças pode afetar sua manifestação e manejo, tornando essencial a inclusão de treinamentos parentais nas intervenções. Estratégias baseadas na Análise do Comportamento, como reforço positivo e suporte comportamental, têm demonstrado eficácia na redução de comportamentos desafiadores e na promoção de habilidades sociais. O estudo enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada, que considere não apenas os comportamentos em si, mas também o contexto no qual ocorrem, garantindo intervenções mais precisas e éticas. E por fim, aborda como a orientação parental pode ter efeitos positivos em mudanças de comportamentos das crianças, sendo esta, uma mudança decorrente de generalização, de ensino indireto. Ressalta que no contexto da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), o ensino indireto refere-se a estratégias de aprendizagem nas quais o comportamento-alvo não é ensinado diretamente, mas é adquirido de forma incidental ou por meio de interações mediadas por terceiros. Diferente do ensino direto, onde há instruções explícitas e modelagem sistemática do comportamento desejado, o ensino indireto ocorre em situações naturais e pode envolver generalização, aprendido por observação e reforço diferencial.

13.1 Sobre os “problemas de comportamento”, os “interferentes” e classes similares

A terminologia utilizada na Análise do Comportamento (AC) para descrever excessos comportamentais, são diversas: "comportamentos problemas", "problemas de comportamento",

"comportamentos desafiadores", "déficits e excessos comportamentais" e "comportamentos interferentes", apresenta aproximações significativas, mas também nuances que merecem discussão. Esses termos frequentemente são usados de forma intercambiável, mas cada um carrega conotações específicas que podem influenciar intervenções e interpretações. Alguns comportamentos, da classe de problemas de comportamento, como agressivos, autolesivos e que acarretam prejuízos no processo de ensino-aprendizagem das crianças com autismo são comumente tratados como interferentes (Vasconcelos, 2020; Rajaraman; Jessel; 2023), posto que são relacionados a algumas classes de sintomas do TEA. Entende-se que a precisão na linguagem é fundamental para a eficácia das intervenções, permitindo que os profissionais desenvolvam estratégias específicas para cada tipo de comportamento. O presente artigo, entenderá as categorizações discutidas na literatura, mas adotará a terminologia de problemas de comportamentos como principal terminologia, fazendo uso das demais apenas quando ocorrer nomeações por terceiros na literatura base da discussão.

Os "comportamentos problemáticos" e os "problemas de comportamento" geralmente referem-se a ações que geram dificuldades em contextos sociais ou de aprendizagem, afetando o funcionamento do indivíduo, estes, são os mais importantes nas classes de comportamentos a serem investigados na presente pesquisa e tratados em estudos diferentes como interferentes, comportamentos problemas ou comportamentos disruptivos (Bagaiolo *et al.*, 2018; Bearss *et al.*, 2013b; Bearss *et al.*, 2015). Entende-se, na literatura mais específica da AC relacionada com o autismo, que a classificação de comportamentos como problemáticos, interferentes ou disruptivos, geralmente baseia-se no impacto que eles têm sobre o aprendizado e a interação social, ou seja, funcionam como importantes barreiras de aprendizagem, o que se relaciona diretamente com a terminologia aqui utilizada como sinônimo. Nesse sentido, a identificação desses comportamentos é crucial para a definição de intervenções adequadas, independente da terminologia adotada, mas crucialmente dependente da função a que esses comportamentos estão sendo emitidos.

Os "comportamentos desafiadores" são uma categoria que inclui comportamentos que desafiam normas sociais ou expectativas, frequentemente relacionados a uma dificuldade em lidar com demandas do ambiente, fator este, de suma importância para público com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. O'Neill *et al.* (2015), discutiram que os comportamentos desafiadores podem ser vistos como uma forma de comunicação, representando a frustração ou a necessidade de o indivíduo expressar seus sentimentos, desta forma, tendo função de atenção social, e que também, é importante categorização de comportamentos dessa classe no público com TEA, que selecionam a partir de reforçadores atencionais, retiradas de aversivos, ou acesso

aos tangíveis, a partir da audiência que reforça, e passa a utilizá-los como principal forma de comunicação. Essa perspectiva sugere que, ao analisar comportamentos desafiadores, é fundamental considerar o contexto e as motivações por trás dessas ações.

Além disso, os termos "déficits e excessos comportamentais" referem-se a lacunas ou exageros em habilidades ou repertórios comportamentais. Os déficits podem incluir a falta de habilidades sociais ou de autocontrole, enquanto os excessos podem envolver comportamentos repetitivos ou intensos, nas classes de comportamentos das crianças e adolescentes com TEA. Desta forma, entender se um comportamento é um déficit ou um excesso é fundamental para desenvolver intervenções que sejam eficazes e contextualizadas. Ainda, por vezes, alguns comportamentos desafiadores, ou problemas, serão nomeados desta forma, como déficit ou excesso, a partir da ênfase que será dada na frequência ou topografia do repertório.

Por fim, os "comportamentos interferentes" também se referem na literatura, a àqueles que atrapalham o processo de aprendizagem e a interação social. Esses comportamentos podem incluir desde distrações menores até ações que podem causar sérios prejuízos à segurança do indivíduo e dos outros, ou seja, pode incluir alguns problemas de comportamento. De acordo com Carr et al. (2002), os comportamentos interferentes necessitam de atenção imediata para minimizar seus impactos no ambiente de aprendizagem. A aproximação do conceito com o conceito de "problemas de comportamentos", é verificada na atribuição dos diferentes termos, como sinônimos pelos autores (Carr et al., 2002, p.7).

A utilização desses termos como sinônimos na análise do comportamento ocorre com frequência, em especial, na prática clínica com crianças com diversas classes de problemas de comportamento e com o diagnóstico do TEA. Ainda, tem ocorrido uma mudança do uso, na prática clínica, em alta frequência tem modificado e feito preferência pelo uso de "interferente", sendo utilizado como um termo de menor atribuição social negativa, menor estigma social atribuído (George, 2019; Geurts *et al.*, 2014; Neitzel, 2010).

Em suma, a compreensão das nuances entre comportamentos problemáticos, desafiadores, disruptivos, déficits e excessos comportamentais, e comportamentos interferentes pode ser relevante para a literatura, no entanto, entende-se que para a elaboração de intervenções eficazes e individualizadas basta entender topografias, frequências e funções dos comportamentos na AC. A categorização de comportamentos compreendidas nessas nomeações só será relevante quando possível compreender suas funções, na qual, a análise funcional é etapa fundamental para esclarecimento da intervenção adequada para classes específicas de comportamentos. Ressalta que a clarificação dessas definições pode contribuir para uma prática mais fundamentada e direcionada, mas ressalta, que a importância ética de

formular o plano de ensino a partir de necessidades específicas de cada indivíduo e das funções que seus comportamentos apresentam deve ser foco principal da intervenção baseada em evidência (Sturme, 2022).

13.2 O TEA e classes de problemas de comportamento

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por uma variedade de problemas de comportamento e déficits em habilidades sociais. Estudos têm identificado que crianças e adolescentes com TEA frequentemente apresentam comportamentos desafiadores, que podem ser classificados em diferentes categorias, incluindo comportamentos disruptivos, agressivos, e comportamentos autoagressivos. A literatura entende que presença de comportamentos desafiadores é uma das principais razões para a busca de intervenções, visto que esses comportamentos impactam significativamente no funcionamento social e acadêmico dos indivíduos. O que acarreta, diretamente, que a busca por intervenções comportamentais seja focada na mudança de problemas de comportamentos das crianças. (Iazawa, 2020; Lopes *et al.*, 2021; Maciel-Portes *et al.*, 2022; Sella; Ribeiro, 2018; Iazawa *et al.*, 2023).

Os déficits em habilidades sociais e responsividade social são notáveis entre indivíduos com TEA. Esses déficits manifestam-se na dificuldade em iniciar e manter interações sociais, compreender normas sociais e responder de maneira adequada às emoções dos outros. Ainda, as crianças com autismo frequentemente podem ter dificuldade em reconhecer e interpretar sinais sociais, o que compromete sua interação com pares e adultos (Lopes, 2022; Borges *et al.*, 2023; Freire, 2012).

A literatura aponta que os comportamentos desafiadores podem ser desencadeados por múltiplos fatores, incluindo a falta de habilidades sociais e a dificuldade em lidar com mudanças de rotina (Montenegro *et al.*, 2018; Bernier *et al.*, 2021). Lovaas (1987) destaca que "comportamentos indesejáveis podem surgir como formas de comunicação em resposta a frustrações ou à incapacidade de expressar necessidades" (Lovaas, 1987, p. 5), dado também estudado e ressaltado por Iwata (1995) e Didden *et al.* (2016). Esse entendimento é crucial para a implementação de estratégias de intervenção eficazes.

Entre as estratégias de intervenção, as abordagens baseadas em Análise do Comportamento têm se mostrado particularmente eficazes. Essas intervenções incluem técnicas como o reforço positivo, que visa aumentar a frequência de habilidades, e o ensino direto de habilidades sociais. Bochi *et al.* (2016) ao realizar uma revisão sistemática dos programas de orientação parental destaca que a prática na AC visa a ampliação de ganhos associados a outras

práticas terapêuticas, e que em grande parte dos estudos se relacionam com o ensino de sistematização de repertórios emitidos pelos pais e ensino de manejo de comportamentos, como planos de suporte comportamentais.

Outra estratégia relevante é a terapia analítica comportamental aplicada (ABA), que foca no desenvolvimento de habilidades sociais e na mudança de comportamentos desafiadores. Essa abordagem enfatiza a importância da prática e do feedback, promovendo um ambiente em que as crianças possam aprender e aplicar novas habilidades em contextos sociais reais. Steinbrenner et al. (2020) discutiu sobre evidências das intervenções que utilizam a Análise do Comportamento na população com TEA, indica que são eficazes na promoção de habilidades sociais e na redução de comportamentos problemáticos em crianças com TEA. Sandbank et al. (2019) e Eckes (2023) também discutiram sobre os ganhos da terapia comportamental para essa população, comparando modalidades de orientação parental, intervenção ABA e de desenvolvimento naturalistas.

13.3 TEA e Estilos parentais

A relação entre estilos parentais e problemas de comportamento em crianças é um tema de crescente interesse na literatura psicológica, especialmente no que diz respeito a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Entende-se que diferentes estilos parentais não apenas influenciam o desenvolvimento emocional e social das crianças, mas também estão associados a comportamentos desafiadores (Arruda, 2022). Segundo Maciel-Portes e Vieira (2020) pais que adotam um estilo permissivo podem observar um aumento nos comportamentos problemáticos de seus filhos, uma vez que a falta de limites e a inconsistência nas habilidades sociais educativas (HSE) podem contribuir para a desregulação emocional e comportamental. Pissaia (2022) reforça essa associação do estilo com problemas de comportamento na população com TEA.

Gomes (2015) ressalta que diferentes estilos de criação e envolvimento parental influenciam significativamente o desenvolvimento emocional e social das crianças, além de estarem associados a comportamentos desafiadores. Barlow et al. (2002) conduziram uma meta-análise que revelou a eficácia de intervenções específicas na prevenção de problemas comportamentais, enfatizando a importância do envolvimento ativo dos pais no processo educativo. Assim como Barlow e colaboradores, Hohlfeld et al. (2018) também afirmaram que programas de intervenção que incluem orientação parental são fundamentais para a redução de problemas de comportamento.

A Análise do Comportamento oferece uma perspectiva importante para entender e intervir nas dificuldades enfrentadas por crianças com TEA. Intervenções que incorporam orientação parental têm se mostrado eficazes na promoção de habilidades sociais e na redução de problemas comportamentais (Lee *et al.*, 2021; Bordini *et al.*, 2024). No contexto do TEA, Pissaia (2022) destaca que estilos parentais permissivos estão frequentemente associados a uma piora no comportamento das crianças, uma vez que a falta de limites pode intensificar a desregulação emocional. A autora conclui que pais que utilizam estilos mais autoritativos tendem a observar melhores resultados no desenvolvimento social e emocional de seus filhos com autismo, posto a alta responsividade e exigência.

A ABA tem se mostrado uma abordagem eficaz para a intervenção em problemas de comportamento. Almeida *et al.* (2022) indicam que entre as evidências científicas de estratégias da abordagem analítica comportamental para a redução de problemas de comportamento, uma estratégia indireta de intervenção se relaciona com as orientações parentais. Essas intervenções não apenas empoderam os pais, mas também ajudam a criar um ambiente estruturado que favorece o desenvolvimento das crianças, mas ressaltam, que, no entanto, a prática de orientação ainda é escassa na aplicabilidade, e utilizada apenas em casos de fuga de demanda e atenção (Almeida *et al.*, 2022, p.73).

Além disso, estilos parentais como o autoritativo, que combina exigência e apoio emocional, têm se associado a melhores resultados no comportamento de crianças com TEA. Por outro lado, a negligência parental pode intensificar as dificuldades apresentadas. Maciel-Portes *et al.* (2022) ressaltou desde as iniciais discussões de intervenções comportamentais com esse público, de responsáveis de crianças com TEA, a interação positiva e a estrutura proporcionada por pais com estilos autoritativos são fundamentais para a melhoria das habilidades sociais em crianças com transtorno, assim como as de desenvolvimento típico.

Clauser *et al.* (2021) revisou a literatura sobre estilos parentais específicos na população de responsáveis por crianças com TEA, e destacou que embora os estilos autoritativos são mais benéficos para o desenvolvimento de crianças com TEA, assim como na população típica, e que os estilos permissivos, predominante nessa população, podem resultar em um aumento de comportamentos problemáticos. Ventola *et al.* (2017) comparou os estilos parentais em diferentes populações, incluindo a de responsáveis de crianças com autismo, e identificou relações significativas entre os estilos parentais e os problemas de comportamentos das crianças, em resumo, identificou que os pais de crianças com TEA exibiram níveis mais altos de sintomas emocionais, maior controle aversivo e menor oportunidades de autonomia para as

crianças, e as crianças correspondiam com altos níveis de problemas de comportamentos, nomeados pelos autores como externalizantes e internalizantes.

13.4 TEA e intervenções para mudança de problemas de comportamentos

A utilização de Planos de Suporte Comportamental (BSP), na ABA, tem sido uma abordagem comum para a alteração de problemas de comportamento em crianças com TEA (Kraemer *et al.*, 2008; Chamem, 2021; Singh, *et al.*, 2021; Bearss *et al.*, 2018). No entanto, a dependência exclusiva desses planos pode ser criticada por sua limitação em abordar de maneira abrangente as necessidades dessas crianças e suas famílias. Embora os BSPs possam ser eficazes na gestão de comportamentos desafiadores em contextos específicos, eles frequentemente não consideram a complexidade do ambiente familiar e social que influencia o comportamento das crianças, desta forma, as intervenções acabam por ser interventivas mas nem sempre preventivas de outras contingências que possa reforçar outros problemas de comportamento (Bearss *et al.*, 2018).

A literatura sugere que, para uma alteração eficaz de comportamento, é crucial integrar intervenções que incluam a orientação parental. Programas como "The Incredible Years" e "Promove-Pais" demonstraram resultados positivos significativos no desenvolvimento de Habilidades sociais educativas (HSE), impactando diretamente o comportamento das crianças. Segundo Webster-Stratton e Reid (2010), "os pais que participaram do programa The Incredible Years relataram uma diminuição significativa nos comportamentos problemáticos de seus filhos" (Webster-Stratton; Reid, 2010, p. 5). Esse programa não apenas ensina técnicas de manejo do comportamento, mas também promove o fortalecimento da relação entre pais e filhos, essencial para um desenvolvimento saudável.

De forma semelhante, o programa Promove-Pais, desenvolvido no Brasil, mostrou resultados promissores em intervenções familiares. Nos estudos relacionados a este programa, os resultados indicaram que as famílias que participaram do Promove-Pais apresentaram melhorias notáveis nas habilidades sociais de seus filhos, além de uma redução em comportamentos desafiadores deles, como medida de generalização, ainda, somada às alterações em habilidades educativas parentais, como, por exemplo, o aumento de monitoria positiva e redução de práticas negativas. Esta é uma orientação baseada também no modelo colaborativo, assim como o anterior, evidenciando que o envolvimento ativo dos pais na educação e no manejo do comportamento pode levar a resultados mais sustentáveis a longo

prazo (Abrahão *et al.*, 2024; Pianovski *et al.*, 2022; Tozze; Bolsoni-Silva, 2017; Kanamota *et al.*, 2017)

Portanto, ao focar exclusivamente nos BSPs, em especial, em objetivos de redução de comportamento, corre-se o risco de negligenciar a importância do contexto familiar e das interações sociais que afetam o comportamento da criança. As orientações parentais oferecem um complemento vital ao tratamento, permitindo que os pais adquiram habilidades para lidar com os comportamentos desafiadores de maneira mais eficaz e empática, ampliando alcances de aquisições de repertórios e manutenções. A integração dessas abordagens não apenas melhora o comportamento das crianças, mas também fortalece a dinâmica familiar, criando um ambiente mais favorável para o desenvolvimento, tendo em vista que a literatura indica baixo índice de qualidade de vida dos familiares responsáveis por crianças com TEA (Papadopoulos, 2021; Papadopoulos *et al.*, 2023; Papadopoulos *et al.*, 2024).

A relação entre habilidades sociais, problemas de comportamento e práticas parentais tem sido amplamente estudada no desenvolvimento infantil, destacando-se como fatores cruciais para a adaptação e o bem-estar das crianças. As habilidades sociais referem-se a um conjunto de comportamentos que possibilitam interações sociais eficazes e apropriadas ao contexto, como comunicação, empatia e cooperação (Del Prette; Del Prette, 2017). Quando essas habilidades são deficitárias, há um maior risco de desenvolvimento de problemas comportamentais, incluindo dificuldades emocionais, agressividade e desobediência (Bolsoni-Silva *et al.*, 2016).

No contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), essa dinâmica torna-se ainda mais relevante, pois crianças com TEA frequentemente apresentam déficits em habilidades sociais e maior predisposição a problemas comportamentais (APA, 2014). Estudos indicam que as práticas parentais desempenham um papel central na modulação desses desafios, podendo tanto favorecer a adaptação social quanto contribuir para o agravamento de dificuldades emocionais e comportamentais (Oliveira-Franco, 2022). Práticas parentais responsivas e consistentes, como o reforço positivo e o estabelecimento de regras claras, tendem a promover um desenvolvimento mais adaptativo, enquanto práticas coercitivas ou negligentes podem estar associadas ao aumento de comportamentos desafiadores (Webster-Stratton; Reid, 2017).

Diante disso, o presente estudo busca investigar se a modificação das práticas parentais pode influenciar positivamente o comportamento de crianças com TEA. Especificamente, pretende-se avaliar se intervenções voltadas para a promoção de práticas parentais mais responsivas e estruturadas resultam em melhorias nas habilidades sociais das crianças e na redução de problemas de comportamentos. Compreender essa relação pode fornecer subsídios

para a criação de estratégias mais eficazes no apoio às famílias, promovendo um desenvolvimento mais adaptativo para crianças com TEA.

Ainda, o trabalho se pauta na questão de maximizar ganhos da ABA, somando a orientação parental. Embora já se saiba que crianças com autismo podem apresentar melhores mudanças e alcançar maiores benefícios terapêuticos quando a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é combinada com a orientação e o treinamento parental, a implementação dessa abordagem ainda é limitada na prática. Muitos terapeutas encontram desafios para integrar o treinamento parental de forma sistemática em suas intervenções, o que pode comprometer a adesão e a efetividade do tratamento. Nesse sentido, a criação de programas semiestruturados, como o Promove-Pais, pode oferecer um modelo mais acessível e viável para os profissionais, facilitando a aplicação do treinamento parental e potencializando os resultados clínicos para as crianças e suas famílias. Desta forma, o presente estudo busca demonstrar como um programa de 15 semanas de orientação parental pode promover efeitos em problemas de comportamentos das crianças com autismo.

14. OBJETIVOS

14.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é descrever efeitos do Promove-Pais, com biblioterapia adaptado ao TEA, relativos à generalização nos repertórios de habilidades sociais e problemas de comportamentos de crianças escolares com TEA nível 2 de suporte.

14.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral, definiu-se como objetivos específicos:

- Verificar efeitos do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA em habilidades sociais de crianças escolares com TEA nível de suporte 2;
- Verificar efeitos do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA em barreiras de aprendizagem de crianças escolares com TEA nível de suporte 2;
- Verificar efeitos do Promove pais aplicado a responsáveis de crianças com TEA em problemas de comportamentos emitidos por crianças escolares com TEA nível de suporte 2.

15. MÉTODO

15.1 Delineamento

A pesquisa adotou o delineamento de linha de base múltipla entre participantes (Cozby, 2003; Sampaio *et al.*, 2008; Coon; Rapp, 2018). Essa escolha é respaldada pela perspectiva teórica do trabalho e da intervenção, que, segundo Benitez, Domeniconi e Bonioli (2019, p. 4), "implica que a avaliação se dará buscando manter isolados os efeitos das intervenções". Assim, é possível realizar comparações dos comportamentos do mesmo sujeito em momentos diferentes (Andery, 2010).

15.2 Procedimentos éticos

A pesquisa incluiu participantes humanos e seguiu os padrões éticos da resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetida ao comitê de ética, que aprovou o estudo (CAEE: 53076421.9.0000.5398), destacando os riscos mínimos, o sigilo ético e a participação voluntária. A avaliação e a orientação ocorreram em modalidade presencial na grande São Paulo.

O assentimento foi obtido do responsável legal, pois as crianças, em idade escolares e com diagnóstico de TEA em nível de suporte 2, não puderam responder ao Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE). Esse procedimento se baseia na resolução 510, capítulo 1, art. 2º e parágrafo XXII, que prevê que a criança deve ter acesso à informação conforme sua capacidade, justificando a responsabilização do assentimento pela escolha de crianças com redução na capacidade de decisão devido às barreiras do comportamento verbal. O termo compreendia a autorização da filmagem das avaliações, e gravações em voz dos atendimentos.

15.3 Participantes

Participaram da pesquisa sete participantes, sendo três mães e um pai, todos responsáveis por crianças escolares diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, e sendo 3 crianças correspondentes aos núcleos familiares. Os participantes serão nomeados pelas siglas: C1 (um menino, com TEA, nível de suporte 2), C2 (uma menina, diagnosticada com TEA, e que no início da pesquisa foi avaliada por neuropediatra como nível de suporte 2, e ao

fim da pesquisa como nível de suporte 1 por mesma médica), e C3 (um menino com TEA, nível de suporte 2). As demais informações sobre as crianças podem ser consultadas abaixo.

C1 tinha 8 anos e recebeu o diagnóstico de TEA aos 3 anos. Seus responsáveis são a mãe, de 36 anos, boleira, e o pai, de 39 anos, técnico químico. A renda familiar é de 3 salários mínimos, e o casal é casado. C1 se comunica verbalmente e por comunicação visual, com uma avaliação considerada boa, mas com déficits. Ele ainda não foi alfabetizado e atualmente está no 2º ano do ensino regular em uma escola pública. Seu tratamento é financiado por convênio e credenciamento, com terapia intensiva de 20 horas semanais, iniciada aos 6 anos. Desde 2022, recebe acompanhamento multidisciplinar com fonoaudióloga, psicóloga, musicoterapeuta, psicopedagoga, terapeuta ocupacional e arteterapeuta. Não possui acompanhante terapêutico na residência, e na escola tem apenas cuidador. Seus objetivos terapêuticos são acadêmicos, motores e de comportamento verbal.

Os responsáveis recebiam informações e orientações ao fim dos atendimentos. Houve avanços no comportamento verbal e social. A mãe buscava informações sobre TEA e tratamento nas redes sociais, especialmente no Instagram. C1 tinha um irmão de 17 anos, sem diagnóstico, que não participava do acompanhamento. As interações familiares ocorrem frequentemente, com brincadeiras e momentos de ajuda. A comunicação e interação com o filho são avaliadas positivamente. A mãe se descreve como "explosiva", mas "passiva" com C1, enquanto o pai é percebido como uma figura de autoridade para a criança. C1 ficou sem atendimento terapêutico durante a orientação, devido às questões relacionadas ao convênio, desde a sessão 5 até a sondagem de 3 meses.

C2 tinha 7 anos e recebeu o diagnóstico de TEA aos 2 anos e 6 meses. Seus responsáveis são a mãe, de 44 anos, advogada, e o pai, de 57 anos, orientador educacional e engenheiro de computação. A renda familiar é de 8 salários mínimos, e o casal é casado. C2 se comunica verbalmente e por comunicação visual, sendo avaliada como ótima. Foi alfabetizada aos 4 anos e atualmente está no 1º ano do ensino regular em uma escola pública. O tratamento é financiado por convênio e particular, com terapia intensiva de 20 horas semanais, iniciada aos 2 anos e 6 meses. Desde 2019, recebe acompanhamento multidisciplinar com fonoaudióloga, psicóloga, musicoterapeuta, psicopedagoga, terapeuta ocupacional e arteterapeuta. Possui acompanhante terapêutico na escola por 10 horas semanais, mas não em residência. Seus objetivos terapêuticos são focados em comportamento verbal.

Os responsáveis recebiam orientação de uma supervisora de caso até dois anos anteriores a orientação, mas com a mudança para atendimento credenciado, esse suporte não ocorria mais. As informações sobre manejo de comportamento são fornecidas no fim das

sessões. Houve avanços no comportamento verbal e cognitivo, mas persistem dificuldades sociais. Os responsáveis buscam informações sobre TEA e tratamento nas redes sociais, especialmente no Instagram, e com a equipe médica. C2 não tem irmãos. As interações familiares ocorrem principalmente ao levar e buscar da escola e nos passeios de fim de semana. A comunicação e interação com a filha são consideradas positivas. O pai se define como comunicativo e prolixo, e a mãe como comunicativa e passiva.

C3 tinha 9 anos e recebeu o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) aos 3 anos e 6 meses. Seus responsáveis são a mãe, de 38 anos, e o pai, de 39 anos. A mãe era secretária e graduanda em Recursos Humanos, enquanto o pai era gerente de loja e graduado em Teologia. A renda familiar é de 5 salários mínimos, e o casal é casado. C3 se comunica verbalmente e por comunicação visual, com uma avaliação considerada boa, mas com déficits. Ele foi alfabetizado aos 8 anos e atualmente está no 4º ano do ensino regular em uma escola pública. O tratamento da criança é custeado por convênio, por meio de liminar, com terapia intensiva de 20 horas semanais, iniciada aos 4 anos e 6 meses. Desde 2017, recebe acompanhamento multidisciplinar com fonoaudióloga, psicóloga, musicoterapeuta, psicopedagoga, terapeuta ocupacional e arteterapeuta. Possui acompanhante terapêutico na escola por 20 horas semanais, mas não em residência. Seus objetivos terapêuticos na clínica em que estava eram acadêmicos e de comportamento verbal.

Os responsáveis têm contato com a equipe a cada dois meses, por meio da gerente de equipe. A orientação sobre manejo de comportamento ocorre sob demanda, a qual a mãe relatou que pouco buscava, posto que as coisas se resolviam antes mesmo de agendar. Na avaliação familiar sobre o acompanhamento da criança, não foram percebidas mudanças acadêmicas significativas, e no aspecto social houve regressão recente, com sinais de baixa autoestima e prejuízos na comunicação. A mãe fez um curso para pais há quatro anos sobre manejo de interferentes e participava de uma ONG. Ela busca informações sobre TEA e tratamento na internet e com terapeutas. As interações familiares ocorriam nos momentos de refeição e passeios de fim de semana. A comunicação e a interação com o filho foram avaliadas positivamente. A mãe se descreve como "explosiva", mas adequada na relação com os filhos. O pai se recusou a participar da orientação.

15.4 Procedimentos de coleta de dados

Foram selecionados instrumentos que mensuram habilidades sociais das crianças, assim como problemas de comportamento. Os dados foram coletados em sondagens e em linha de

base, inicialmente, avaliado em pós intervenção, pós de seguimento de 3 meses e pós de seguimento de 6 meses. Abaixo os instrumentos são apresentados.

O percurso de avaliação e medidas utilizadas ao longo do processo podem ser analisados no fluxograma abaixo, na figura 16. Os instrumentos foram aplicados a partir dos instrumento já nomeados, divididos em duas etapas, com demanda quinzenal de avaliação, posto que na primeira semana a avaliação era sobre os repertórios dos pais e na seguinte era sempre sobre repertório das crianças, como medida de generalização, e que é o foco do presente estudo.

Figura 16 - Fluxograma de aplicação dos instrumentos em avaliação de comportamentos infantis

SONDAS	LINHA BASE	PÓS-INTERVENÇÃO	SEG. - 3M	SEG. - 6M
QRSH ABC SDQ	AVALIAÇÃO DE BARREIRAS SDQ QRSH IPC SRS-2 ABC SSRS	AVALIAÇÃO DE BARREIRAS SDQ QRSH IPC SRS-2 ABC SSRS	AVALIAÇÃO DE BARREIRAS SDQ QRSH IPC SRS-2 ABC SSRS	AVALIAÇÃO DE BARREIRAS SDQ QRSH IPC SRS-2 ABC SSRS

Legenda: QRSH: questionário de respostas socialmente habilidosas; ABC: aberrant behavior checklist; SDQ: questionário de capacidades e dificuldades; IPC: inventário de problemas de comportamento; SRS-2: escala de responsividade social; SSRS: sistema de avaliações de habilidades sociais.

Fonte: autora.

- **Aberrant Behavior Checklist (ABC)**, versão traduzida de Losapio et al (2011). 58 itens, 5 domínios ou classes de comportamentos problemas, sendo irritabilidade, agitação e choro (15 itens); Letargia e Esquiva Social (16 itens); Comportamentos estereotipados (7 itens); hiperatividade (16 itens) e fala inapropriada (4 itens). O instrumento possui validade psicométrica com boa consistência e confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,91) e excelente confiabilidade de teste-reteste ($r = 0,98$). (Aman *et al.*, 1985).

- **Avaliação de Barreiras de Aprendizagem pelo Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP Barriers Assessment)** (Sundberg, 2008 traduzido e adaptado por Martone, 2017). A avaliação de barreiras é composta por 24 classes de comportamentos problemas que atrapalham ou impedem o aprendizado, sendo eles: comportamentos problemas; falta de controle instrucional; mandos comprometidos; tatos comprometidos; ecóicos comprometidos; imitação comprometida; emparelhamento com o

modelo comprometido; Habilidades de ouvinte comprometida; intraverbais comprometidos; habilidades sociais comprometidas; dependente de dica; Adivinhação; Rastreamento comprometido; Discriminação condicional falha; falha em generalizar; motivadores fracos; Custo da resposta x OMS; dependente de reforçamento; auto-estimulação; dificuldades articulatórias; comportamentos obsessivos compulsivo; hiperatividade; falha em manter contato visual; defesa sensorial. Alguns autores apontam a fragilidade do instrumento devido à ausência de medida psicométrica (Dixon et al, 2015; Gould et al, 2011), no entanto, tem sido amplamente utilizado por profissionais que atuam com ABA e este público. Nas quatro avaliações principais, pré e pós intervenção, foram utilizadas como recurso para sondagem das barreiras de aprendizagem, a observação da interação do brincar entre pais e filhos, sendo 40 minutos de cada observação, para subsídio da formulação comportamental. A observação buscou avaliar as barreiras de aprendizagem apresentadas pela criança, avaliada pelo subteste de avaliação de barreiras do VB-MAPP (Martone, 2017).

- **O Inventário de Problemas de Comportamento (IPC ou BPI-01)** é composto por 49 itens, que podem ser estendidos até 51 itens, adicionando um item a mais em cada subescala. Ele compreende três escalas, sendo a de comportamento auto-agressivo composta por 14 itens, a escala de comportamento estereotipado composta por 24 itens e a de comportamento agressivo/destrutivo composta por 11 itens. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna, na versão para pais, o Alpha de Cronbach de 0,65 para comportamentos de auto-agressão, 0,82 para comportamento estereotipado e 0,91 para comportamentos agressivos/destrutivos, sendo essas 3 classes de comportamentos as subescalas de avaliação. (Baraldi, G. S.; Rojahn, J; Carreiro, L. R. R.; Teixeira, M. C. T. V., 2013).

- **Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)** é composto por 25 itens, sendo 10 de capacidades, 14 de dificuldades e um item neutro. Busca avaliar comportamentos de crianças e adolescentes dos 4 aos 16 anos, nessa versão, utilizada foi a respondida pelos responsáveis pela criança. O SDQ se divide em cinco subescalas, sendo: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamentos com colegas e comportamento pró-social. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna, na versão para pais, o Alpha de Cronbach variou de 0,60 a 0,88 em escore total (Saur, A. M.; Loureiro, S. R., 2012; Fleitch *et al.*, 2000).

- **Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas versão para pais (QRSH-pais)** é composto por 22 itens que contém comportamentos indicativos de habilidades sociais. O instrumento possui validade psicométrica com satisfatória consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,82). (Bolsoni-Silva; Loureiro, 2020). O instrumento nomeia as classificações em clínico e não clínico.

Os instrumentos utilizados para avaliação de habilidades sociais, e que também mensura problemas de comportamentos e responsividade foram:

- **Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR)** para pais (validação brasileira por Bandeira; Del Prette,; Del Prette; Del Prette; Magalhães, 2009), o instrumento avalia habilidades sociais e comportamentos problemas, por meio de subescalas de responsabilidade; autocontrole; afetividade/cooperação; desenvoltura social e civilidade, e problemas de comportamentos distribuídos em externalizantes e internalizantes. O instrumento é validado com propriedades psicométricas adequadas, com valores adequados de confiabilidade (Alpha de Cronbach = 0,86 para habilidades sociais; Alpha de Cronbach = 0,83 para comportamentos problemáticos)

- **A Escala de Responsividade Social (SRS-2)** é composta por 65 itens, mensurados de 0 a 3, e seu ponto mínimo e máximo é de 0 a 195. O instrumento é dividido em cinco subescalas, sendo consciência social; cognição social; motivação social; comunicação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos. A escala geral demonstra boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de 0,95. (Barbosa *et al.*, 2015).

15.5 Análise dos dados

Os dados dos instrumentos foram analisados por meio de frequências simples. Para a comparação entre a linha de base (LB) e o pós-intervenção, serão utilizadas análises descritivas simples, a parti dos dados psicométricos dos próprios instrumentos, tendo em vista que o delineamento experimental de linha de base múltipla busca comparar cada participante consigo mesmo em diferentes momentos, e comparou-se dados de pré treino, com dados de pós treino, e de manutenções de 3 e 6 meses.

Os dados foram tratados utilizando o método JT de Jacobson e Truax (1992), que se aplica a diversos constructos clínicos e permite identificar mudanças clinicamente

significativas, alinhadas às expectativas dos treinamentos focados em mudanças de sinais, sintomas e comportamentos. O método realiza análises comparativas entre escores pré e pós-intervenção, com o objetivo de determinar se as diferenças observadas são confiáveis e clinicamente relevantes, com base em métricas já estabelecidas (Del Prette; Del Prette, 2008, p. 498). A comparação é feita a partir das mudanças percebidas no cliente em relação a grupos de referência clínico e não clínicos, que são discutidos em literatura.

O Método JT foi utilizado para avaliar em profundidade o impacto da intervenção, considerando as mudanças individuais obtidas com a orientação de Habilidades Educativas Parentais em dois indicadores principais: a significância clínica (SC) e o índice de mudança confiável (IMC). A SC está relacionada à validade externa, referindo-se à relevância das mudanças observadas sob a perspectiva dos participantes, neste caso, os pais que responderam aos instrumentos e participaram da orientação. O IMC determina se as alterações entre as avaliações pré e pós-intervenção são atribuíveis aos procedimentos aplicados ou se são artefatos da medida (Del Prette; Del Prette, 2008; Jacobson; Truax, 1992; Villa *et al.*, 2012). As análises com o Método JT foram realizadas utilizando o software PsicoInfo, e teve como objetivo identificar se as medidas de generalização que o estudo buscou avaliar, tiveram mudanças clinicamente significativas.

16. RESULTADOS

Os dados dos instrumentos indicaram sinais de problemas de comportamento clássicos do Transtorno do Espectro Autista, como déficits em habilidades sociais e excessos em comportamentos repetitivos e padrões restritos de comportamentos. Após a intervenção observou-se redução considerável de alguns problemas de comportamento, na medida em que houve aumento de respostas socialmente habilidosas. Os dados relacionados aos problemas de comportamento, enquanto classes de comportamento, podem ser acompanhados na tabela a seguir.

Tabela 4 - Classes de problemas de comportamento nomeados pelos pais das crianças

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	LB		Pós		Seg. 3		Seg. 6	
C 1	Irritabilidade - ABC	10	11				10			7	*	4	*	4	*
	Letargia - ABC	0	0				0			0		0		0	
	Comp. Estereotipado	8	7				8			5	*	0	*	1	*
	Hiperatividade - ABC	31	28				31			18	*	2	*	5	*
	Fala inapropriada	9	10				11			7	*	4	*	4	*
	Total de probl.	58	56				60			37	*	10	*	14	*
	Comp.de auto agressão						0			0		0		0	
	Comp. estereotipado						22			14		2		5	
	Comp. Agres./destrutivo						3			0		0		1	
	Sintomas emocionais						4	L		1	N	1	N	1	N
	Problemas de Conduta						4	A		3	L	2	N	2	N
	Hiperatividade - SDQ						6	L		5	N*	4	N*	4	N*
	Probl. de relacionamentos						4	A		3	L	3	L	3	L
	Total de dificuldades						18	A		12	N	10	N	10	N
	Probl. de Comp.						23	RAMS		11	RM	7	RMA	10	RM
	Probl. Externalizantes						17	RAMS		7	RM*	5	RM*	6	RM*
	Probl. Internalizantes						6	RAMS		4	RM	2	RMA*	4	RM
	Probl. de Comp.- cont.						6	NC		6	NC	9	C	6	NC
	Probl. de Comp.- freq.						2	NC		2	NC	0	NC	0	NC
C 2	Irritabilidade - ABC	11	9	10	10		11			5	*	4	*	4	*
	Letargia - ABC	2	2	2	2		2			2		2		2	
	Comp. Estereotipado	2	2	2	2		2			2		0		1	
	Hiperatividade - ABC	11	8	8	10		9			6		12		11	
	Fala inapropriada	8	8	7	8		8			5		5		4	
	Total de probl.	34	29	29	32		32			20		23		22	
	Comp.de auto agressão						0			0		4		4	
	Comp. estereotipado						7			6		4		4	
	Comp. Agres./destrutivo						0			0		0		0	
	Sintomas emocionais						3	N		2	N	0	N	0	N
	Problemas de Conduta						2	N		1	N	1	N	1	N
	Hiperatividade - SDQ						8	A		5	N	4	N	4	N
	Probl. de relacionamentos						5	A		3	L	1	N	1	N
	Total de dificuldades						18	A		11	N	6	N	7	N
	Probl. de Comp.						15	RAMS		12	RM	10	RM	9	RM

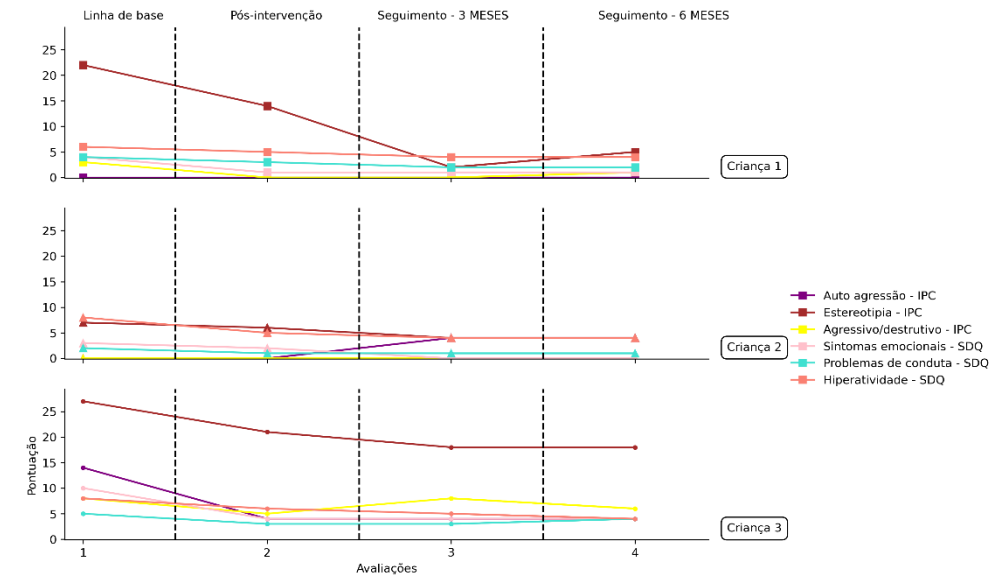
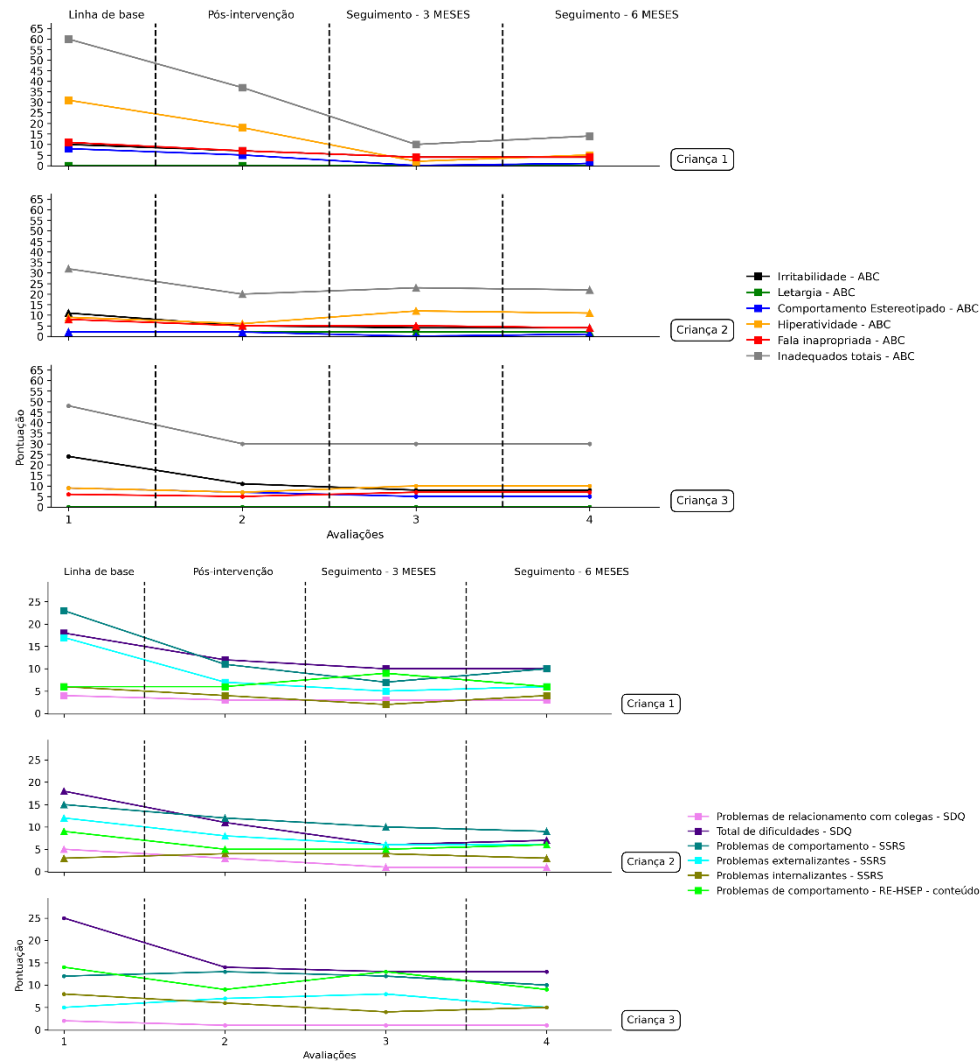
	Probl. Externalizantes						12	RAMS	8	RM*	6	RM*	6	RM*
	Probl. Internalizantes						3	RM	4	RM	4	RM	3	RM
	Probl. de Comp.- cont.						9	C	5	NC	5	NC	6	NC
	Probl. de Comp.- freq.						1	NC	1	NC	0	NC	0	NC
C 3	Irritabilidade - ABC	22	22	25	22	24	23	24	11	*	8	*	8	*
	Letargia - ABC	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	
	Comp. Estereotipado	9	9	9	9	9	9	9	7		5		5	
	Hiperatividade - ABC	9	9	9	9	9	9	9	7		10		10	
	Fala inapropriada	6	6	6	6	6	6	6	5		7		7	
	Total de probl.	46	46	49	46	48	47	48	30		30		30	
	Comp.de auto agressão							14	4		4		4	
	Comp. estereotipado							27	21		18		18	
	Comp. Agres./destrutivo							8	5		8		6	
	Sintomas emocionais							10	A	L*	4	L*	4	L*
	Problemas de Conduta							5	A	L	3	L	4	A
	Hiperatividade - SDQ							8	A	L	5	N	4	N
	Probl. de relacionamentos							2	N	N	1	N	1	N
	Total de dificuldades							25	A	A*	13	N*	13	N*
	Probl. de Comp.							12	RM	RM	12	RM	10	RM
	Probl. Externalizantes							5	RMB	RM	8	RM	5	RM
	Probl. Internalizantes							8	RAMS	RAMS*	4	RM	5	RM
	Probl. de Comp.- cont.							14	C	C	13	C	9	C
	Probl. de Comp.- freq.							2	NC	NC	1	NC	0	NC

Legenda: S1: sonda 1, sonda 2...; L: limítrofe; C: Clínico; NC: Não clínico; R: risco; RE: repertório elaborado; B: bom; O: ótimo; BR: bom repertório; RAE: Altamente elaborado; RAMI: Repertório abaixo da média inferior; RAMS: repertório acima da média superior; RM: repertório mediano; RMB: repertório muito baixo; RMI: repertório médio inferior. Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas; * significa alterações clinicamente significativas identificadas em JT.

Fonte: autora.

Os problemas de comportamentos sondados nos quatro principais momentos de avaliação demonstraram mudanças, mesmo que não significativas em análise clínica pelo JT. Boa parte dos fatores analisados pelo ABC, SSRS, SDQ e BPI indicaram diminuição de comportamentos interferentes, ou problemas de comportamento. Os dados podem ser observados abaixo na figura.

Figura 17 - Problemas de comportamento em C1, C2 e C3 em pré, pós intervenção e manutenção



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Dentre os repertórios que tiveram significância clínica nas mudanças clínicas, testadas pelo JT foi o repertório de hiperatividade (ABC e no SDQ), fala inapropriada (ABC) e problemas de comportamento (SSRS) em C1; a redução de problemas de comportamento externalizantes (SSRS) em C1 e C2; a irritabilidade (ABC) em C2 e C3; e o total de dificuldades e sintomas emocionais (SDQ) em C3. Dados podem ser identificados no Apêndice I.

A melhora em habilidades sociais e responsividade social podem ser consideradas como efeitos de medida de generalização. Todas as crianças estavam em acompanhamento psicoterapêutico com foco em operantes do comportamento verbal e habilidades acadêmicas, mas não havia em seus planos de ensino habilidades sociais definidas. Entende-se, logo, que as mudanças comportamentais em habilidades educativas parentais promoveram como efeito mudança nos comportamentos dos filhos.

Na medida em que as classes de comportamentos tendem a diminuir ou se manterem similares aos dados iniciais, já as habilidades sociais (HS) tiveram respostas diferentes. Os dados indicam que os valores nas classes de HS aumentaram, alguns com mudanças clinicamente significativas, outros modificando de categoria clínica para não clínica, mas sem alteração de significância clínica no teste JT. As medidas de habilidades sociais podem ser consultadas abaixo, na tabela 5.

Tabela 5 - Classes de comportamentos socialmente relevantes nomeados pelos pais

Escala	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Comportamento pro-social - SDQ							10 N	10 N	10 N	10 N
Fatores de proteção HS - SSRS							30 BR	37 RAE*	36 RAE	36 RAE
Responsabilidade - SSRS							4 BR	6 RAE	6 RAE	6 RAE
Autocontrole - SSRS							3 RAMI	4 RMI	3 RAMI	3 RAMI
Afetividade/Cooperação - SSRS							10 RAE	12 RAE	12 RAE	12 RAE
Desenvoltura social - SSRS							8 RAE	8 RAE	8 RAE	8 RAE
C Civilidade - SSRS							5 RAMI	7 RE	7 RE	7 RE
1 Disponibilidade social - QRSH	9	9					9	11	12	12
Enfrentamento - QRSH	9	10					8	10	10	10
Expressa sentimentos - QRSH	3	3					3	4	4	4
Cooperação - QRSH	4	4					4	4	4	4
Total de Habilidades Sociais - QRSH	31	32					30 NC	35 NC	36 NC	36 NC
Habil. Sociais - RE-HSEP - conteúdo							9 NC	19 NC	19 NC	19 NC
Habil. Sociais - RE-HSEP - frequência							10 C	12 L	14 NC	14 NC
Comportamento pro-social - SDQ							10 N	10 N	10 N	10 N
Fatores de proteção HS - SSRS							25 RAMI	35 RE*	31 BR	34 BR
Responsabilidade - SSRS							6 RAE	5 RE	5 RE	5 RE
Autocontrole - SSRS							5 BR	8 RAE*	5 BR	8 BR
C Afetividade/Cooperação - SSRS							7 RMI	11 RAE	9 BR	11 BR
2 Desenvoltura social- SSRS							5 BR	7 RAE	6 RE	6 RE
Civilidade - SSRS							2 RAMI	4 RAMI	6 BR	4 BR
Fator 1 - Disponibilidade social	10	10	10	10			12	12	12	12
Enfrentamento - QRSH	2	2	2	2			3	7	8	10
Expressa sentimentos - QRSH	4	4	4	4			4	3	4	4

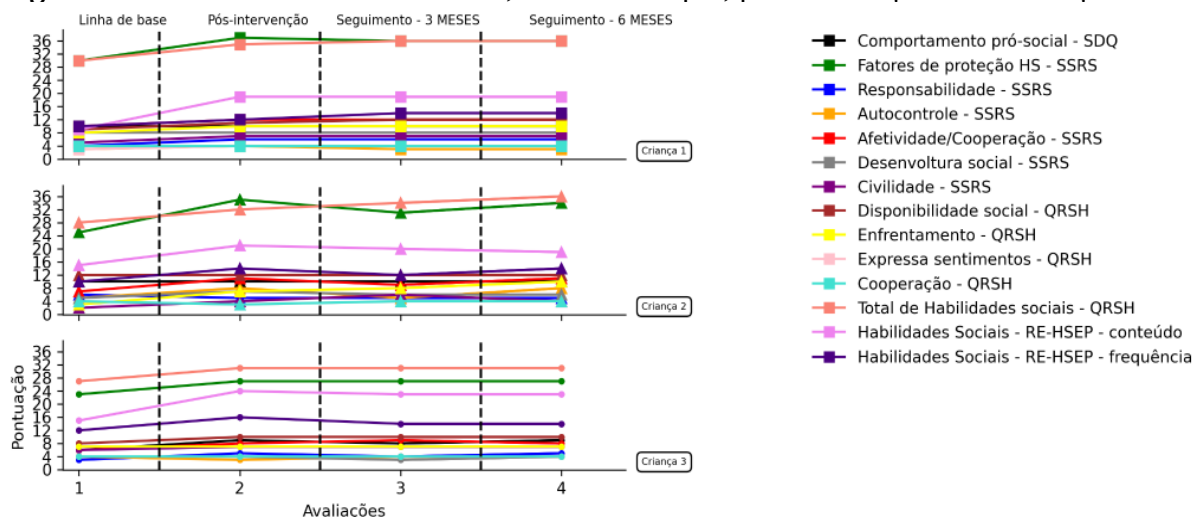
Cooperação - QRSH	4	4	4	4			4	3	4	4				
Total de Habilidades sociais - QRSH	25	25	25	25			28	NC	32	NC	34	NC	36	NC*
Habilidades Sociais - RE-HSEP - conteúdo							15	NC	21	NC	20	NC	19	NC
Habilidades Sociais - RE-HSEP - frequência							10	C	14	NC	12	L	14	NC
Comportamento pro-social - SDQ							6	N	9	N	8	N	9	N
Fatores de proteção HS - SSRS							23	RAMI	27	BR	27	BR	27	BR
Responsabilidade - SSRS							3	BR	5	RAE	4	BR	5	BR
Autocontrole - SSRS							4	RMI	3	RAMI	4	RM	4	RM
Afetividade/Cooperação - SSRS							6	RAMI	8	BR	9	BR	8	BR
Desenvoltura social- SSRS							4	BR	4	BR	3	RAMI	4	BR
Civilidade - SSRS							6	BR	7	RE	7	RE	7	RE
C Fator 1 - Disponibilidade social	7	8	8	7	8	8	8		10		10		10	
3 Enfrentamento - QRSH	7	6	6	7	6	6	7		7		7		7	
Expressa sentimentos - QRSH	4	4	4	4	4	4	4		4		4		4	
Cooperação - QRSH	4	4	3	3	4	4	4		4		4		4	
Total de Habilidades sociais - QRSH	26	26	25	25	26	26	27	NC	31	NC	31	NC	31	NC
Habilidades Sociais - RE-HSEP - conteúdo							15	NC	24	NC	23	NC	23	NC
Habilidades Sociais - RE-HSEP - frequência							12	L	16	NC	14	NC	14	NC

Legenda: S1: sonda 1, sonda 2...; L: limítrofe; C: Clínico; NC: Não clínico; RE: repertório elaborado; BR: bom repertório; RAE: Altamente elaborado; RAMI: Repertório abaixo da média inferior; RM: repertório mediano; RMI: repertório médio inferior. Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas; *significa alterações clinicamente significativas identificadas em JT.

Fonte: autora.

Os instrumentos e as medidas de significância clínica identificadas na análise do método JT estão localizadas no Apêndice I do presente trabalho. Nas tabelas 4 e 5 foram mencionados apenas os dados de significância do pré para o pós intervenção. Os dados indicam aumento ou manutenção de todas as habilidades avaliadas em heterorrelato pelos pais. O aumento ou a estabilidade podem ser observados na figura abaixo.

Figura 18 - Habilidades sociais em C1, C2 e C3 em pré, pós intervenção e manutenção



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

Dentre os repertórios que tiveram significância clínica no JT foi o repertório de fatores protetivos de habilidades sociais (SSRS) em C1 e C2; autocontrole (SSRS) em C2. Dados podem ser identificados no Apêndice I.

A respeito das habilidades relacionadas à responsividade social, em questões de déficits, C1 e C2 apresentaram déficits em nível leve em percepção social, cognição social e padrões restritos e repetitivos. C3 em percepção e cognição social demonstrou piora, em realização do instrumento, após a orientação, a mãe informou que sua percepção sobre as habilidades do filho modificou com a orientação, o que pode ter contribuído para a piora no heterorrelato. Os dados de mudança no heterorrelato do SRS-2 podem ser observados na tabela abaixo.

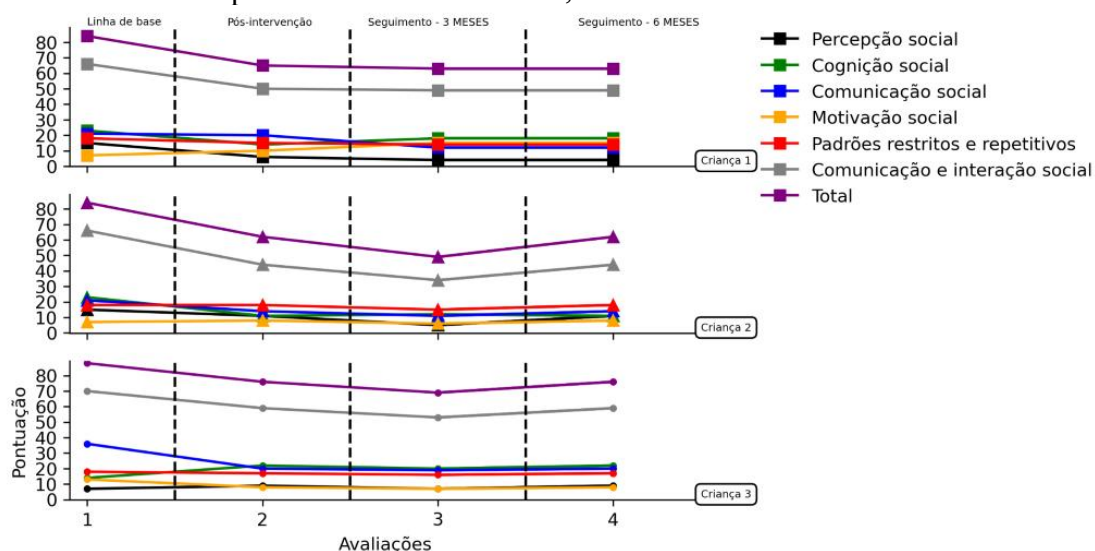
Tabela 6 - Déficits em classes de repertórios sociais relacionados ao TEA - SRS-2

ESCALAS	C1								C2								C3							
	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Percepção social	15	N L	6	N	4	N	4	N	15	NL	11	NL	5	N	11	NL	7	N	9	N	7	N	9	N
Cognição social	23	N L	14	N	18	N L	18	NL	23	NL	11	N	12	NL	11	N	14	N	22	NL	20	NL	22	NL
Comunicação social	21	N	20	N	12	N	12	N	21	N	14	N	11	N	14	N	36	NL	20	N	19	N	20	N
Motivação social	7	N	10	N	15	N	15	N	7	N	8	N	6	N	8	N	13	N	8	N	7	N	8	N
Padrões restritos e repetitivos	18	N L	15	NL	14	N L	14	NL	18	NL	18	NL	15	NL	18	NL	18	NL	17	NL	16	NL	17	NL
Comunicação e interação social	66	N	50	N	49	N	49	N	66	N	44	N	34	N	44	N	70	N	59	N	53	N	59	N
Escore total	84	N L	65	NL	63	N L	63	N	84	NL	62	NL	49	N	62	NL	88	NL	76	NL	69	NL	76	NL

Legenda: N: dentro dos limites normais; NL: nível leve; Em azul, classificações limítrofes, em vermelho classificações clínicas.

Fonte: autora.

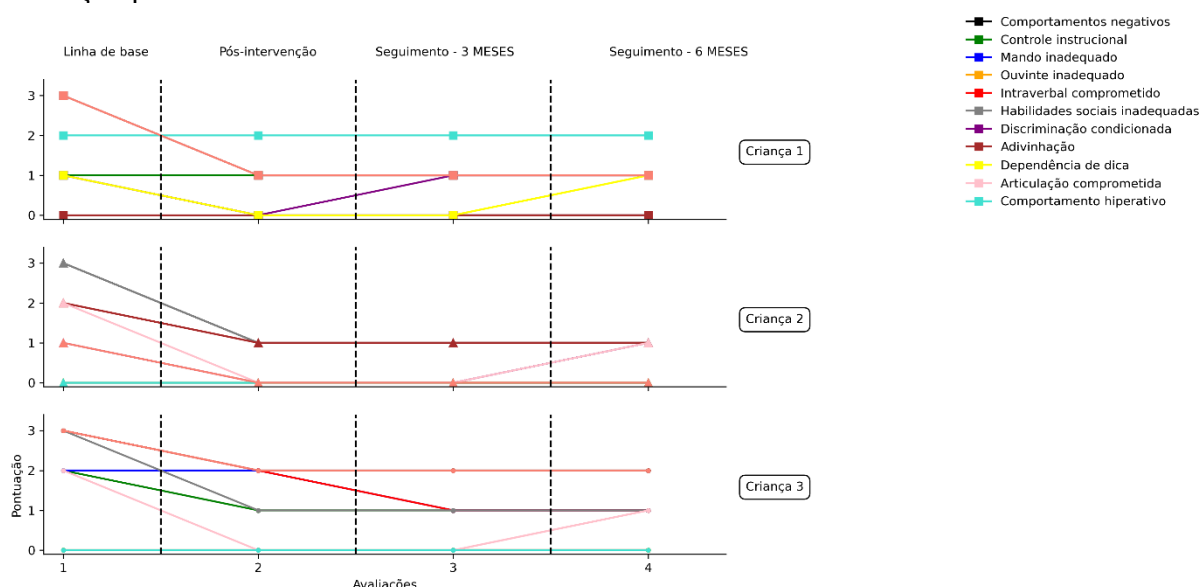
Ressalta-se que o SRS-2 é um instrumento que a tendência clínica é de maior escore, conforme maior o grau de suporte, maior o escore. De maneira geral os dados observados na Tabela 6 tiveram uma diminuição do escore, em especial em C2. Em C3 a percepção e padrões repetitivos se manteve, a cognição social aumentou e os demais escores diminuiram. O gráfico abaixo indica os resultados comparando as três crianças nos 4 momentos em todos os fatores da escala, quanto maior a pontuação na escola, maior a classificação clínica e nível de suporte nas respectivas áreas. Os dados indicam mudanças significativas em diminuição dos fatores comunicação e interação social e total de responsividade social, indicando melhoras.

Figura 19 - Dados de responsividade social em C1, C2 e C3 no SRS-2

Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

A respeito das barreiras, dados exibidos na Figura 20 e em Apêndice D, todas foram avaliadas nos quatro momentos de observação da interação entre pais e crianças, no entanto, as crianças apresentaram diferentes barreiras umas das outras. Ao longo das avaliações as barreiras tenderam a diminuir, e nenhuma nova surgiu posterior a orientação, mas se manteve as que se mostravam antes. Ressalta que a avaliação foi realizada a partir de dados de observação da interação entre as crianças e seus responsáveis, não considerando relatos externos ou dados dos outros instrumentos, por exemplo, C3 é uma criança em que a família relata excesso de autoestimulação, em especial a masturbação infantil, como uma barreira, mas como não foi observada na filmagem, não pontuou, ou seja, algumas barreiras que as crianças enfrentam não foram mensuradas nas interações propostas, posto que o objetivo era avaliar as identificadas nas interações entre cuidadores e crianças. A figura 20 abaixo apresenta os dados.

Figura 20 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1, C2 e C3 em observação de interação pais e filhos



Fonte: autora, elaborado a partir de Python pelo JupyterLab versão 4.

17. DISCUSSÃO

O presente estudo tinha como objetivo avaliar efeitos de generalização de um programa de orientação parental em comportamentos das crianças. Como abordado nos resultados, os indicadores demonstraram redução de problemas de comportamento e ampliação de respostas relacionadas a responsividade social nos participantes. O presente estudo amplia a discussão sobre a importância da orientação parental como uma ação a ser combinada com as intervenções em Análise do Comportamento Aplicada as quais as crianças estão submetidas, muitas em carga horária intensiva, mas com baixa participação e objetivos terapêuticos parentais.

Este estudo abordou sobre algumas dificuldades enfrentadas por crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), uma condição de neurodesenvolvimento que afeta o desenvolvimento das habilidades sociais, a comunicação e o comportamento. As crianças com TEA frequentemente enfrentam desafios significativos, como comportamentos hiperativos, problemas de comportamento externalizantes, dificuldades na comunicação e interação social, além de altos níveis de irritabilidade e déficits nas habilidades emocionais (APA, 2014; Koller *et al.*, 2022). Essas dificuldades, quando não tratadas, podem resultar em impactos negativos no desenvolvimento da criança, nas dinâmicas familiares e nos ambientes sociais que as crianças frequentam (Oliveira-Franco, 2022).

Os resultados deste estudo indicaram que intervenções clínicas focadas na orientação de habilidades sociais educativas, particularmente com a participação ativa dos pais, mostraram

benefícios clínicos significativos na alteração de comportamentos das crianças, sendo assim, uma medida indireta, de generalização. Os dados já são discutidos em literatura com crianças com desenvolvimento típico (Kanamota *et al.*, 2017; Tozze; Bolsoni-Silva, 2017), mas o estudo traz como dado inédito na população com TEA, nível de suporte 2, posto que os dados da literatura ainda não relatam mudanças em comportamentos das crianças decorrentes de orientações de pais focado em habilidades sociais educativas, mas sim de orientações parentais focado em planos de suporte comportamental (Mueller *et al.*, 2003; ishii *et al.*, 2017; Yazawa, 2020; Kanamota, 2021). Recentemente a aplicabilidade da adaptação do programa com responsáveis de crianças com TDAH teve efeitos positivos similares (Abrahão *et al.*, 2024). A redução de comportamentos hiperativos e problemas de comportamento externalizantes foi notável, refletindo uma melhora no controle dos impulsos e na autorregulação das crianças, tanto no estudo de Abrahão et al. (2024) quanto no presente estudo. A irritabilidade e o total de dificuldades emocionais também apresentaram uma redução significativa, indicando uma melhora no bem-estar emocional das crianças com TEA, nível de suporte 2, o que corrobora com a literatura com outras populações (Tozze; Bolsni-Silva, 2017; Silva, 2022).

Além disso, o estudo evidenciou ganhos clínicos importantes na área de habilidades sociais. Observou-se um aumento no número de comportamentos pró-sociais, afetividade, cooperação e na expressão de sentimentos. Essas mudanças não foram apenas pontuais, mas ocorreram de forma consistente ao longo do tempo, sugerindo que o Promove-pais proporcionou uma melhoria duradoura nas interações sociais das crianças, identificada nos segmentos de 3 e 6 meses. O envolvimento parental, em especial o materno que foi a maior frequência, no processo terapêutico se mostrou essencial, não apenas para a generalização dos ganhos obtidos nas sessões de orientação, mas também para promover a sustentabilidade desses comportamentos fora do contexto clínico, no ambiente familiar e social. Dados de Oliveira-Franco (2022) indica que a associação do ABA com a orientação parental é superior a apenas aplicação ABA, e que associa a ganhos diferentes em grupo controle e grupo experimental, e indica a importância do envolvimento dos pais nesse contexto.

A análise da responsividade social, medida por meio do SRS-2, revelou uma diminuição dos escores e níveis de suporte necessários para essas crianças, a partir da observação das mães e do pai, dos casos do estudo. Esse resultado indica uma melhora significativa na capacidade das crianças em responder de forma mais adequada às interações sociais, sugerindo que, após a intervenção e com manutenção com o tempo, elas se tornaram mais adeptas de comportamentos que favorecem a inclusão e a interação social. A redução na necessidade de suporte também reflete a eficácia do programa avaliado, que parece ter ajudado os pais a

promover ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento social e emocional dos filhos, além da monitoria sobre os comportamentos socialmente habilidosos.

A importância das intervenções parentais, como mostrado por este estudo, não pode ser subestimada. A participação ativa dos pais é um fator crucial para a redução de comportamentos interferentes e problemas de comportamento em crianças com TEA (Lovaas, 1987; Bordini *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2021). Isso ocorre porque os pais, ao adquirirem conhecimentos e técnicas específicas, tornam-se agentes de mudança no cotidiano das crianças, proporcionando um ambiente mais estruturado, previsível e favorável ao desenvolvimento de habilidades sociais. A literatura corrobora essa ideia, destacando que o envolvimento dos pais em programas de orientação contribui significativamente para a diminuição de comportamentos disruptivos e melhora no comportamento geral das crianças, com ou sem autismo ou outra condição (Postorino *et al.*, 2017; Scahill *et al.*, 2016; Bearss *et al.*, 2013a).

Além disso, as orientações parentais focadas em HSE têm mostrado ser uma das abordagens mais eficazes para promover melhorias nas habilidades sociais das crianças com TEA, dados os quais Oliveira-Franco (2022) também discutiu em sua tese. Esses programas não apenas oferecem ferramentas para a gestão de comportamentos problemáticos, mas também ensinam habilidades cruciais para a interação social, como empatia, escuta ativa, e resolução de conflitos, a partir de modelos parentais dessas habilidades (Ragni *et al.*, 2022). Ao focar nessas competências, as intervenções podem proporcionar um desenvolvimento social mais equilibrado e uma adaptação mais eficiente ao ambiente escolar e comunitário.

Outro aspecto relevante é a alteração dos estilos parentais decorrentes da orientação em habilidades sociais educativas. A mudança nos estilos de interação parental contribui para um ambiente familiar mais positivo, podendo reduzir os níveis de estresse e promovendo uma melhor saúde emocional para os pais. A literatura aponta que a implementação de práticas educativas positivas pelos pais resulta em melhores contextos familiares, o que por sua vez tem um impacto direto no comportamento da criança (Bolsoni-Silva; Loureiro, 2020; Fonseca; Bolsoni-Silva, 2023; Sobreira *et al.*, 2023). Portanto, ao proporcionar uma formação específica para os pais, conseguimos não apenas melhorar a qualidade das interações com as crianças, mas também promover uma dinâmica familiar mais saudável e equilibrada (Oliveira-Franco, 2022).

A mudança nos estilos parentais também pode favorecer o fortalecimento da saúde mental dos pais, que podem se sentir mais capacitados e confiantes ao lidar com os desafios diários que envolvem o cuidado de uma criança com TEA. Estudos têm mostrado que a formação parental pode reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão dos pais, aspectos frequentemente associados ao cuidado de crianças com necessidades especiais (Bearss *et al.*,

2015). Esse fortalecimento no contexto familiar contribui para a criação de um ambiente mais acolhedor e de apoio, o que é fundamental para o desenvolvimento da criança. Esse dado não pode ser observado na presente pesquisa, posto que a população não tinha índice clínico de saúde mental.

Em resumo, este estudo demonstrou que as intervenções parentais focadas na orientação de habilidades sociais educativas relacionadas à parentalidade, assim como as orientações relatadas em literatura focados no manejo de comportamentos problemáticos (Zand *et al.*, 2018; Bearss *et al.*, 2015; Wang, 2008), são eficazes para crianças com TEA, com redução de excessos, e aumento de reservas. Se mostra necessário futuros estudos que comparem Planos de Suporte Comportamental (BST) com efeitos da orientação parental focada em HSE. Os ganhos observados, tanto no comportamento das crianças quanto no contexto familiar, ressaltam a importância de programas de ensino que incluam os pais como agentes ativos na intervenção, e que baseados no modelo construcional de Goldiamond, pode favorecer a monitoria e ampliação de reservas, assim como ressalta (Liden; Rosales-Ruiz, 2024). Esses programas não apenas melhoram as habilidades sociais das crianças, mas também promovem um ambiente familiar mais saudável e equilibrado, favorecendo o bem-estar geral da criança com TEA e de seus familiares, sendo que, a saúde familiar e parental de pais de crianças com TEA tem sido relatados como de alto custo emocional, social e financeiro, e de baixo índice de qualidade de vida (Papadopoulos, 2021; Papadopoulos *et al.*, 2023; Papadopoulos *et al.*, 2024). O presente estudo ressalta a necessidade de ampliar o acesso a esse tipo de intervenção, visto que os resultados positivos demonstram seu impacto significativo no desenvolvimento social, emocional e comportamental das crianças.

Já na década de 80, Lovaas (1987) discutiu sobre a importância dos pais participarem como parte da equipe de tratamento de seus filhos durante toda a intervenção, e ressaltou sobre a importância deles serem treinados para isso, mas para além de suas participações no manejo de comportamentos, com o ensino de comportamentos alternativos socialmente adequados e redução de práticas parentais aversivas, o que em seu estudo demonstrou relação com a redução de comportamentos agressivos e auto estimulatórios. Oliveira-Franco (2022) também discutiu sobre a importância da participação familiar, demonstrando que repertório de brincar com as crianças já pode ser estratégia participativa relevante para bom desempenho e ampliação de alcances de habilidades de comunicação, comportamento verbal, e social. O presente estudo corrobora com essa conclusão, em que demonstra que a participação familiar pode ser recurso importante para ampliação de ensino de comportamentos alternativos para essa população e que a mudança de paradigma de contextos de ensino e de controle comportamental aversivo pode

ampliar ganhos clínicos dos filhos, a partir da orientação de HSE e ampliação de monitoria positiva.

Agostini et al. (2022) em sua revisão de literatura sobre habilidades sociais educativas de pais de crianças com autismo verificou a ausência de estudos publicados que abordam HSE dessa população, e que em boa parte dos estudos nomeiam como comportamentos parentais classes similares a HSE. O presente estudo contribui com a literatura a pensar sobre as HSE de pais de crianças com TEA e o impacto dessas na redução de problemas de comportamentos e aumento das habilidades sociais das crianças e dos pais. Nessa revisão de Agostini et al. (2022) os comportamentos com maior frequência de citação estavam relacionados a monitoria positiva, melhora de comunicação e brincar, e que nessas orientações os ganhos eram significativos nas habilidades dos filhos. O presente estudo corrobora com esse dado, demonstrando que os ganhos clínicos de generalização podem ser possíveis a partir de uma orientação parental focado em HSE, que inclui classes amplas de comunicação, afeto, limites, as quais trazem relação com conceitos tratados na área de práticas educativas, como monitoria, responsividade e exigência (Sabbag; Bolsoni-Silva, 2011)

Agostini et al (2022) também ressalta a importância de programas estruturados focado em habilidades sociais educativas para essa população focar em habilidades de comportamentos verbais e não verbais, além dos feedbacks positivos serem considerados como estratégia para ampliação dessas habilidades nas crianças. Os resultados indicam que tais aspectos podem ter sido efetivos para os alcances significativos, em especial, comportamentos socialmente habilidosos das crianças aumentaram, e tais HSE foram considerados na orientação parental, ou seja, foram alvo de ensino.

A adaptação da orientação a partir de padrões de comunicação específico do TEA, o incentivo a uso de recursos como dicas visuais associadas aos verbais descritivos, e a ampliação de estruturação de rotina e atenção adequadas aos comportamentos das crianças com TEA foram alvos de ensino que podem ter contribuído para o aumento de HS das crianças, tais aspectos foram ressaltados por Agostini et al. (2022) e implementado ao longo da orientação, e demonstrando resultados condizentes com a mudança de habilidades sociais, que aumentou de maneira significativa nos resultados, o que pode ter ocorrido a partir de processos de modelação e modelagem.

18. CONCLUSÃO

O estudo indica resultados importantes de uma medida de generalização de orientação parental focado em habilidades sociais educativas. Indica que ampliar aumento de reservas comportamentais de pais podem estar diretamente relacionado com ampliação de repertórios de seus filhos, e que pode ser importante tanto para a redução de problemas de comportamento, quanto aumento de habilidades sociais e classes adequadas de comportamentos pró-sociais, como os relacionados a responsividade social. No entanto, o estudo indica a importância de novos estudos, em especial combinado ao PROMOVE-CRIANÇAS, para verificação de ampliação do repertório social das crianças com Transtorno do Espectro Autista em treino direto.

A presente pesquisa demonstrou que a orientação parental focada em habilidades educativas tem um impacto significativo no desenvolvimento das habilidades sociais das crianças, ao mesmo tempo que contribui para a redução de problemas de comportamento, e mais específico, de crianças com autismo. Esses resultados sugerem que as melhorias observadas podem ser generalizadas para diferentes contextos e situações, destacando a eficácia da orientação na promoção de mudanças duradouras e funcionais na dinâmica familiar e no comportamento da criança, como observado em avaliações de manutenção.

Os dados ressaltam a importância da orientação parental focado em HSE como estratégia adequada à ampliação de reservas dos pais e seus filhos com TEA. A ampliação de orientações que seja focado na ampliação de habilidades para além de manejos comportamentais, pode ser importante estratégia de complemento de intervenções comportamentais da população com autismo. Com base nessa constatação, é possível afirmar que a inclusão da orientação parental em programas de intervenção para crianças com autismo pode representar uma estratégia eficiente e eficaz, tanto do ponto de vista clínico quanto econômico. Ao investir parte da carga horária de intervenção comportamental na capacitação dos pais, as práticas clínicas podem não apenas reduzir os custos com terapias individuais, mas também fomentar a generalização das habilidades adquiridas pela criança para ambientes extra clínicos, como a casa e a comunidade. A participação ativa da família torna-se, assim, um fator essencial no processo de aprendizagem e adaptação das crianças, promovendo um ambiente mais favorável à sua integração social e ao seu desenvolvimento a longo prazo.

19. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Anaísa Leal Barbosa; ELIAS, Luciana Carla dos Santos; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Programa Promove-Pais adaptado para responsáveis de crianças e adolescentes com TDAH. **Pro-Posições**, v. 35, p. e2024c0701BR, 2024.

AGOSTINI, J. M. G.; FREITAS, L. C. Habilidades sociais educativas de pais de crianças com autismo: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 26, p. e234495, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAGAILOLO, L. F., PACÍFICO, C. R., MOYA, A. C. C., MIZAE, L. F., JESUS, F. S., ZAVITOSKI, M., SASAKI, T., ASEVEDO, G. R. C. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, 18 (2), 46-64, 2018.

BANDEIRA, M., DEL PRETTE, Z. A. P., DEL PRETTE, A., MAGALHÃES, T. VALIDAÇÃO das Escalas de Habilidades Sociais, Comportamentos Problemáticos e Competência Acadêmica (SSRS-BR) no ensino fundamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 25(2), 271-282, 2009. doi:10.1590/S0102-37722009000200016

BARALDI, G. S.; ROJAHN, J; SEABRA, A. G.; CARREIRO, L. R. R.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Tradução, adaptação e validação preliminar da versão brasileira do Behavior Problems Inventory (BPI-01). **Trends Psychiatry Psychother.** [online]. vol.35, n.3, pp.198-211, 2013. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300007>.

BARBOSA, Izabela Guimarães et al. Propriedades psicométricas da escala de responsividade social-2 para transtornos do espectro autista. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 230-237, 2015.

BARLOW, Jane; COREN, Esther; STEWART-BROWN, Sarah. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. **British Journal of General Practice**, v. 52, n. 476, p. 223-233, 2002.

BEARSS, K. et al. A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 43(4), 829–840, 2013a. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1624-7>

BEARSS, K. et al. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder. **JAMA**, 313(15), 1524-1533, 2015. <http://doi:10.1001/jama.2015.3150>

BEARSS, Karen et al. **Parent training for disruptive behavior: The RUBI autism network, clinician manual**. Oxford University Press, 2018.

BEARSS, K. et al. Toward an exportable parent training program for disruptive behaviors in autism spectrum disorders. **Neuropsychiatry (London)**. 109 3 (2): 169–180, 2013b. doi:10.2217/npv.13.14

BERNIER, Raphael A.; DAWSON, Geraldine; NIGG, Joel T. **O que a ciência nos diz sobre o transtorno do espectro autista: fazendo as escolhas certas para o seu filho**. Artmed Editora, 2021.

BOCHI, Ariane; FRIEDRICH, Daiana; PACHECO, Janaína Thais Barbosa. Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 549-563, 2016.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 21, p. 61-71, 2011.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. Evidências de Validade para os Questionários de Respostas Socialmente Habilidosas-QRSH-Pr e QRSH-Pais. **Psico-USF**, v. 25, p. 155-170, 2020.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. R. Estudos de Confiabilidade e Validade do Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas Versão para Pais-QRSH-Pais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24 (2), 2011.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina; MARTURANO, Edna Maria. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 111-120, 2016.

BORDINI, D. et al. Exploring the Acquisition of Social Communication Skills in Children with Autism: Preliminary Findings from Applied Behavior Analysis (ABA), Parent Training, and Video Modeling. **Brain Sci.** 2024, 14, 172. <https://doi.org/10.3390/brainsci14020172>

BORGES, Lisandra et al. Escala de Responsabilidade Social (SRS-2): Evidências de Validade com Base na Estrutura Interna. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 39, p. e39nspe11, 2023.

CARR, Edward G. et al. Positive behavior support: Evolution of an applied science. **Journal of positive behavior interventions**, v. 4, n. 1, p. 4-16, 2002.

CHAMEM, Ferdaws. **Experiences of Autistic High School Students Transitioning through the Behavior Support Plan: A Phenomenology**. 2021. Tese de Doutorado. Northcentral University.

CLAUSER, Patricia et al. Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with autism. **School Psychology International**, v. 42, n. 1, p. 33-56, 2021.

DE ALMEIDA, Lorena Laissa et al. Contribuição da análise do comportamento para a redução de comportamento-problema. Espectro: **Revista Brasileira de Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo**, v. 1, n. 1, p. 57-76, 2022.

DE ARRUDA, Gabrielle Maria Furtado Aguiar. **Estilos parentais e regulação emocional em tempos de pandemia covid-19**. Dissertação de Mestrado. Universidade Autônoma de Lisboa (Portugal), 2022

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda AP. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Editora Vozes Limitada, 2017.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, p. 497-505, 2008.

DIDDEN, Robert et al. Aggressive behavior. **Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities**, p. 727-750, 2016.

ECKES T, BUHLMANN U, HOLLING HD, MÖLLMANN A. Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder - a meta-analysis. **BMC Psychiatry**. Mar 2;23(1):133, 2023. doi: 10.1186/s12888-022-04412-1.

FLEITLICH, Bacy; CORTÁZAR, Pilar García; GOODMAN, Robert. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc.**, p. 44-50, 2000.

FONSECA, Bárbara Cristina Rodrigues; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; EBNER, Ligia Melchiori. Práticas educativas de genitores e professores e repertório comportamental infantil. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1-27, 2021.

FREIRE, Cláudia Margarida Brito et al. **Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo**. 2012. Dissertação de Mestrado.

GEORGE, Abbey C. **Reducing Interfering Behaviors for Adults with Autism Spectrum Disorders**. 2019. Tese de Doutorado.

GEURTS, Hilde M.; VAN DEN BERGH, Sanne FWM; RUZZANO, Laura. Prepotent response inhibition and interference control in autism spectrum disorders: Two meta-analyses. **Autism Research**, v. 7, n. 4, p. 407-420, 2014.

GOMES, Lauren Beltrão. **Envolvimento parental, desenvolvimento social e temperamento de pré-escolares: Um estudo comparativo com famílias residentes em Santa Catarina e em Montreal**. Tese de doutorado. Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2015.

GRASSI, M. F. **Intervenções Comportamentais em Práticas educativas com pai e/ou responsáveis por crianças com Transtorno do Espectro Autista: revisão rápida de literatura e estudo clínico**. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, UNESP, 2025.

HOHLFELD, Ameer SJ; HARTY, Michal; ENGEL, Mark E. Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. **African journal of disability**, v. 7, n. 1, p. 1-12, 2018.

IWATA, Brian A. et al. Treatment classification and selection based on behavioral function. **Behavior analysis and treatment**, p. 101-125, 1993.

JACOBSON, Neil S.; TRUAX, Paula. **Clinical significance**: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. 1992.

KANAMOTA, Priscila Ferreira Carvalho; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; KANAMOTA, Juliano Setsuo Violin. Efeitos do programa Promove-Pais, uma terapia comportamental aplicada a cuidadoras de adolescentes com problemas de comportamento. **Acta Comportamentalia**, v. 25, n. 2, 2017.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, p. 217-250, 1943.

KOLLER, Judah et al. The role of family accommodation of RRBs in disruptive behavior among children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 52, n. 6, p. 2505-2511, 2022.

KRAEMER, Bonnie R. et al. Effects of training on the use of the behavior support plan quality evaluation guide with autism educators: A preliminary investigation examining positive behavior support plans. **Journal of Positive Behavior Interventions**, v. 10, n. 3, p. 179-189, 2008.

LEE, J.D.; MEADAN, H. Parent-Mediated Interventions for Children with ASD in Low-Resource Settings: A Scoping Review. **Rev. J. Autism Dev. Disord.** 8, 285–298, 2021.

LEE, JooHyun et al. Mobile App–Assisted Parent Training Intervention for Behavioral Problems in Children With Autism Spectrum Disorder: Pilot Randomized Controlled Trial. **JMIR Human Factors**, v. 11, n. 1, p. e52295, 2024.

LIDEN, T. A.; ROSALES-RUIZ, Jesús. Constructional Parent Coaching: A Collaborative Approach to Improve the Lives of Parents of Children with Autism. **Behavior Analysis in Practice**, p. 1-18, 2024.

LOPES, Victória Druzian; MURARI, Silvia Cristiane; KIENEN, Nádia. Capacitação de pais de crianças com TEA: Revisão sistemática sob o referencial da Análise do Comportamento. **Revista Educação Especial**, v. 34, p. 1-28, 2021.

LOPES, Angelica Vany Ribeiro et al. Avaliação da Escala de Responsividade Social-2 para transtornos do espectro do autismo na APAE de Ipatinga (MG). 2022.

LOSAPIO, M. F.; SILVA, L. G.; PONDÉ, M. P.; NOVAES, C. M.; SANTOS, D. N.; ARGOLLO, N.; OLIVEIRA, I. M. S.; BRASIL, H. H. A. Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.27, n.5, pp.909-923, 2011. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500009>.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 1, p. 3-9, 1987.

MACIEL-PORTES, João Rodrigo; LIMA CARVALHO-AMORIM, Maria Vitória; VIEIRA, Mauro Luís. Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças

com autismo: estudo correlacional. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 2, p. 78-89, 2022.

MACIEL-PORTES, João Rodrigo; VIEIRA, Mauro Luís. Coparentalidade no contexto familiar de crianças com transtorno do espectro autista. **Psicologia em estudo**, v. 25, p. e44897, 2020.

MARTONE, Maria Carolina Correa. **Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) para a língua portuguesa ea efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais**. Tese de doutorado, Ufscar, 2017.

MONTENEGRO, Maria Austa; CELERI, Eloisa Helena RV; CASELLA, Erasmo Barbante. **Transtorno do Espectro Autista-TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

NEITZEL, Jennifer. Positive behavior supports for children and youth with autism spectrum disorders. **Preventing School Failure: Alternative education for children and youth**, v. 54, n. 4, p. 247-255, 2010.

OLIVEIRA-FRANCO, Carine Ramos. **Desenvolvimento de crianças com TEA e treino de parentalidade positiva para seus cuidadores**. 2022.

O'NEILL, R. E. et al. Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior: A Practical Handbook. **Brooks/Cole Publishing Company**, 2015.

PAPADOPOULOS, Angelos et al. A Prospective Study of the Family Quality of Life, Illness Perceptions, and Coping in Mothers of Children Newly Diagnosed with Autism Spectrum Disorder and Communication Difficulties. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 14, n. 8, p. 2187-2204, 2024.

PAPADOPOULOS, Angelos et al. Measuring parental stress, illness perceptions, coping and quality of life in families of children newly diagnosed with autism spectrum disorder. **BJPsych Open**, v. 9, n. 3, p. e84, 2023.

PAPADOPOULOS, Dimitrios. Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. **Brain sciences**, v. 11, n. 3, p. 309, 2021.

PISSAIA, Andressa Tonini. **Estilos Parentais e Comportamentos de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista**. Dissertação de mestrado em Psicologia, UFES, 2022.

PIANOVSKI, Mariana Fortes de Sá; DA SILVEIRA, Jocelaine Martins. Orientação de pais on-line no tratamento do uso problemático de internet pela criança. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 30, n. 3, p. 443-462, 2022.

POSTORINO, V., et al. A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 20(4), 391–402, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0237-2>

RAGNI, Benedetta et al. The efficacy of parent training interventions with parents of children with developmental disabilities. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 15, p. 9685, 2022.

RAJARAMAN, A., JESSEL, J. (2023). Self-Injurious Behavior. In: Matson, J. L. (ed) Handbook of Applied Behavior Analysis. Autism and Child Psychopathology Series . **Springer.**, pp. 1181- 1197, 2023. https://doi.org/10.1007/978-3-031-19964-6_61

RODRIGUES, Julia de Almeida. **Habilidades sociais e habilidades sociais educativas de famílias de pessoas com deficiência e autismo: uma revisão de artigos científicos.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Ufscar, 2024.

SABBAG, Gabriela Mello; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. A relação das Habilidades Sociais educativas e das práticas educativas maternas com os problemas de comportamento em adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 423-441, 2011.

SANDBANK M, et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. **Psychol Bull.** Jan;146(1):1-29, 2020.

SAUR, Adriana Martins; LOUREIRO, Sonia Regina. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, p. 619-629, 2012.

SCAHILL, L. et al. Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 55(7), 602-609.e3, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.001>

SELLA, Ana Carolina; RIBEIRO, Daniela Mendonça. **Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista.** Appris Editora e Livraria Eireli-ME, 2018.

SILVA, Maria Estela Martins. **Intervenção ampliada baseada nos programas Promove Pais e Promove Crianças sobre o status sociométrico de rejeição em escolares.** 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

SINGH, Nirbhay N. et al. Real-time telehealth treatment team consultation for self-injury by individuals with autism spectrum disorder. **Advances in neurodevelopmental disorders**, v. 5, p. 170-182, 2021.

STURMEY, Peter. **Análise funcional em psicologia clínica.** Eduei, 2022.

SOBREIRA, Daniel Avancini et al. Estresse parental e práticas educativas em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. In: **Saúde Mental: Interfaces, Desafios E Cuidados Em Pesquisa-VOLUME 3.** Editora Científica Digital, p. 79-100, 2023.

STEINBRENNER, Jessica R. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. **FPG child development institute**, 2020.

SUNDBERG, Mark L. **VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: a language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities: guide.** Mark Sundberg, 2008.

TOZZE, Karina Ferraz; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Intervenção em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizantes. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 4, p. 6-24, 2017.

VASCONCELOS, A. A. M. **A contribuição da análise funcional no manejo de comportamentos desafiadores em pessoas com transtorno do espectro do autismo**, [Monografia, Especialista em Transtorno do Espectro do Autismo Universidade Federal de Minas Gerais]. 2020, Repositório institucional da UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/36348>

VENTOLA, Pamela et al. Parenting a child with ASD: Comparison of parenting style between ASD, anxiety, and typical development. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 47, p. 2873-2884, 2017.

VILLA, M.; AGUIAR, A.; DEL PRETTE, Z. **Intervenções baseadas em evidências: aplicações do Método JT**. São Carlos: EDUFSCar, 2012.

WEBSTER-STRATTON, C. AND J. REID, The Incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Problems in **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**, 3rd edition, A.E. Kazdin and J.R. Weisz, Editors. 2017, Guildford Publications New York

YAZAWA, Thais. **Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento**. Tese de doutorado, UNESP, 2020.

YAZAWA, Thaís; COLOMBANI, Fabiola; ZAFANI, Gelci Saffiotte. Comportamentos atípicos de crianças e adolescentes com TEA e outros transtornos: Efeitos de uma intervenção. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, 2023.

20. CONCLUSÃO GERAL

O presente estudo conclui sobre a importância de orientação de habilidades educativas para responsáveis de crianças com autismo, e destaca que uma formulação de caso bem elaborada não apenas permite uma compreensão abrangente das necessidades e desafios do caso em análise, mas também orienta a aplicação de intervenções personalizadas e eficazes, promovendo um desenvolvimento mais integrado e sustentável, o que ocorre de maneira efetiva com o Promove-Pais. No caso de crianças com autismo e suas respectivas famílias, é essencial considerar os diferentes contextos educativos da criança — clínico, escolar, familiar e parental — para a elaboração de um plano de intervenção que respeite sua complexidade e favoreça mudanças comportamentais significativas. Além disso, o estudo indica a importância da orientação parental combinado a casos de terapia em Análise do Comportamento Aplicada, entendendo que essa abordagem contribui para a redução de custos clínicos, especialmente no caso de intervenções intensivas, que amplia oportunidades de generalização.

Considerar na formulação dados clínicos, escolares, familiares e parentais pode ser um diferencial para escolha de comportamentos relevantes mais assertivos as queixas sociais e clínicas do caso. Ao considerar a vida clínica, entende-se que ela fornece informações valiosas sobre as intervenções terapêuticas já realizadas e sobre as estratégias que podem ser ajustadas, além de aspectos específicos relacionados à vivência do caso em particular. Já sobre o ambiente escolar, a formulação do caso permite adaptar as práticas pedagógicas e sociais às necessidades específicas da criança, favorecendo sua inclusão e participação. O contexto familiar e parental, por sua vez, é fundamental para garantir que a intervenção seja consistente e compreendida por todos os envolvidos, criando um ambiente de apoio que fortalece os objetivos terapêuticos na medida em que promove a generalização. Ao integrar esses diferentes contextos na formulação do caso, cria-se uma abordagem mais completa, que potencializa os resultados da intervenção comportamental e melhora a qualidade de vida da criança e de sua família.

Ao longo do estudo, foi possível discutir a importância do modelo construcional e colaborativo para as formulações mais assertivas e inclusivas as expectativas das famílias. Entende-se que intervenções comportamentais que não se baseiam em uma formulação de caso bem estruturada podem apresentar sérios prejuízos ao desenvolvimento do comportamento. Sem uma análise aprofundada das múltiplas dimensões do comportamento e das necessidades individuais, as intervenções correm o risco de serem descontextualizadas, inadequadas e ineficazes. Abordagens fragmentadas dificultam a generalização do comportamento em diferentes contextos e podem comprometer a consistência e eficácia das estratégias adotadas.

Ressalta que qualquer que seja as intervenções em Análise do Comportamento Aplicada (ABA), estas devem considerar dados provenientes de avaliações iniciais de repertórios. Não é possível estabelecer objetivos de ensino sem avaliação destes, por mais que se tenha algum programa semiestruturado. Contingências de ensino que não se baseiam em dados precisos — como os provenientes de instrumentos de avaliação, análises funcionais e observações detalhadas — tendem a ser mais corretivas do que preventivas, limitando sua capacidade de promover mudanças comportamentais significativas ao longo do tempo. A integração sistemática desses dados na formulação de caso permite definir objetivos mais claros e assertivos, alinhados com as reais necessidades da família, e a participação ativa em modelos colaborativos, são fundamentais para que as manutenções das habilidades aprendidas ocorram.

As orientações de habilidades sociais educativas (HSE) desempenham um papel essencial como complemento terapêutico e contribuem significativamente para a redução de custos financeiros associados às intervenções comportamentais. Considera-se que essas intervenções auxiliam no desenvolvimento de habilidades essenciais para a interação social e para a independência da criança, reduzindo a necessidade de intervenções mais intensivas e onerosas a longo prazo. Além disso, o espaço proporcionado pela orientação se mostra um importante subsídio para que os pais se fortaleçam como rede de apoio, em especial, quando em grupos, o que precisa ser melhor mensurado com esse público em especial.

O presente estudo demonstrou que a formulação de caso baseada na Terapia Analítica Comportamental pode ser uma ferramenta eficaz para direcionar intervenções parentais e terapêuticas voltadas a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A utilização de modelos estruturados, como o proposto por Goldiamond e o modelo de Cooper et al., possibilitou uma análise detalhada das variáveis contextuais que influenciam o comportamento das crianças e de seus responsáveis. A formulação de caso permitiu a personalização das intervenções, promovendo mudanças significativas tanto nos responsáveis quanto nas crianças envolvidas.

Os achados indicam que houve avanços expressivos na redução de comportamentos inadequados das crianças, na ampliação de habilidades sociais, bem como no aumento da autonomia e da responsividade em interações interpessoais. Crianças que inicialmente apresentavam déficits em comunicação, dificuldades em discriminação social e baixa adesão a regras passaram a demonstrar melhorias substanciais nesses aspectos, aumentando sua tolerância à frustração, sua capacidade de brincar de forma funcional e sua participação em interações sociais. Além disso, observou-se uma redução significativa de excessos

comportamentais, como a emissão de ecolalias, a rigidez cognitiva e os padrões repetitivos, bem como uma diminuição de comportamentos de esquivia social.

No que se refere aos padrões comportamentais das crianças, a formulação de caso permitiu compreender e modificar três dimensões fundamentais: reservas, déficits e excessos. No que tange às reservas, verificou-se que muitas crianças já apresentavam habilidades preservadas, como um vocabulário adequado para sua idade, boas habilidades motoras e capacidades de brincar de maneira independente. A intervenção potencializou essas reservas ao ampliar repertórios de comunicação e interação social, permitindo que as crianças passassem a utilizar suas habilidades de forma mais funcional em diferentes contextos. Além disso, crianças que possuíam boa adesão a regras e combinados passaram a apresentar maior consistência na obediência a limites, favorecendo a organização da rotina familiar e acadêmica.

Os déficits comportamentais, que inicialmente representavam desafios significativos para o desenvolvimento das crianças, foram progressivamente reduzidos ao longo da intervenção. Crianças que apresentavam dificuldades na comunicação, na discriminação de situações sociais e na expressão emocional demonstraram avanços expressivos nesses aspectos. Observou-se que muitas delas, no início da pesquisa, tinham baixa autonomia para realizar tarefas cotidianas, dificuldades na adesão a regras e uma compreensão limitada das dinâmicas sociais. A introdução de estratégias baseadas na modelagem e no reforço diferencial de comportamentos adequados favoreceu a ampliação do repertório social e acadêmico, resultando em uma interação mais eficaz com os pares, familiares e profissionais envolvidos no processo educativo.

A redução de excessos comportamentais também se destacou entre os efeitos da formulação de caso. Inicialmente, muitas crianças apresentavam padrões comportamentais desajustados, como a emissão excessiva de ecolalias, estereotipias motoras, agitação constante e dificuldades em lidar com mudanças de rotina. Além disso, algumas crianças demonstravam alta rigidez cognitiva, manifestada por hiperfocos e resistência a novas experiências. Com o avanço das intervenções, houve uma significativa diminuição desses comportamentos, tornando as crianças mais flexíveis e responsivas às demandas do ambiente.

No que se refere aos responsáveis, a orientação parental permitiu ajustes nos padrões de monitoria parental, resultando em maior consistência no estabelecimento de limites, melhor utilização de reforços positivos e maior assertividade na comunicação. Inicialmente, muitos pais apresentavam déficits na expressão emocional e na promoção de autonomia dos filhos, além de excessos como monitoria negativa, punições inconsistentes e comunicação ineficaz. Ao longo da intervenção, esses padrões foram modificados, promovendo interações mais

equilibradas e favoráveis ao desenvolvimento infantil. A diminuição da monitoria negativa e da utilização de punições negativas foi um dos efeitos mais relevantes, favorecendo um ambiente mais acolhedor e estimulante para a aprendizagem e a regulação emocional das crianças.

A análise das mudanças comportamentais também revelou que a interação entre os responsáveis e seus filhos foi um fator determinante para a evolução das crianças. Pais que passaram a estabelecer limites de forma mais estruturada e consistente contribuíram significativamente para a redução de comportamentos desafiadores. Além disso, o aumento da participação parental nas interações lúdicas e sociais teve impacto positivo na aquisição de habilidades por parte das crianças. Em particular, observou-se que quando os pais passaram a oferecer modelos alternativos adequados de comportamento e a reforçar positivamente as interações funcionais, as crianças apresentaram melhorias mais expressivas no repertório social e na adaptação a diferentes contextos.

Os resultados evidenciam que a formulação de caso estruturada e integrada pode ser um diferencial na condução de intervenções mais precisas e personalizadas para crianças com TEA e seus responsáveis, posto que objetivos identificados inicialmente se tornaram foco de intervenção. A abordagem utilizada permitiu que as famílias desenvolvessem novas estratégias para lidar com desafios cotidianos, promovendo não apenas a mudança de comportamentos indesejáveis, mas também a construção de repertórios mais amplos e adaptativos. Ao considerar variáveis contextuais e aplicar intervenções baseadas na Análise do Comportamento Aplicada, foi possível garantir um impacto duradouro nas interações familiares e na qualidade de vida das crianças e de seus responsáveis. Dessa forma, a formulação de caso se apresenta como um recurso essencial para orientar práticas interventivas mais eficazes, auxiliando tanto no desenvolvimento infantil quanto na capacitação dos pais para a educação e manejo de seus filhos de forma mais assertiva e funcional.

Uma formulação de caso bem estruturada é essencial para compreender as necessidades e desafios individuais, orientando intervenções personalizadas e eficazes, especialmente no contexto de crianças com autismo. Considerar os âmbitos clínico, escolar, familiar e parental permite um planejamento integrado que respeita a complexidade da vida da criança, promovendo mudanças comportamentais mais sustentáveis. Quando os diversos contextos são levados em conta, a intervenção comportamental se torna mais eficaz e alinhada com as reais necessidades do indivíduo.

A ausência de uma formulação de caso detalhada pode comprometer a eficácia das intervenções comportamentais, resultando em abordagens fragmentadas e descontextualizadas.

A análise sistemática de repertórios, utilizando avaliações funcionais, observações diretas e instrumentos específicos, permite a definição de metas mais precisas e estratégias proativas. Ao integrar dados quantitativos e qualitativos, os profissionais podem elaborar planos de ensino mais assertivos, promovendo não apenas mudanças específicas no comportamento, mas também um desenvolvimento global e duradouro. Dessa forma, uma formulação bem elaborada não só aprimora a qualidade da intervenção, mas também favorece a evolução do aprendiz em diferentes contextos.

Futuras pesquisas devem explorar a eficácia de orientações de habilidades educativas parentais em diferentes formatos e contextos, como grupos terapêuticos, intervenções remotas e com populações maiores e mais diversificadas. Além disso, é essencial investigar a aplicação dessas abordagens em famílias responsáveis por crianças com diferentes níveis de suporte e com outras deficiências, ampliando o escopo e a aplicabilidade das estratégias baseadas na Análise do Comportamento Aplicada, e que busca ser aplicada a questões socialmente relevantes. A presente proposta é baseada em um número pequeno de casos, mas em modelo experimental, e outros estudos experimentais podem auxiliar no desenvolvimento de diretrizes de educação parental e até mesmo fomentar discussões sobre políticas públicas em contexto de orientação parental.

A orientação de habilidades educativas parentais mostrou-se fundamental para o aumento de habilidades educativas parentais. Buscou identificar se ocorreria a redução de sintomas emocionais nos pais, e também melhorias em habilidades conjugais. O desenvolvimento de competências para lidar com os desafios da parentalidade permitiu maior segurança e bem-estar emocional, enquanto dado qualitativo de feedbacks que apresentavam nos encontros, refletindo-se diretamente na qualidade das interações familiares, que foi observada na interação e no brincar da família com a criança. Embora variáveis contextuais tenham interferido na significância clínica dos dados relacionados à saúde mental e à conjugalidade, os resultados demonstram que o fortalecimento das habilidades parentais contribuiu para um ambiente familiar mais harmonioso.

Além disso, a melhoria nas habilidades educativas parentais teve um impacto direto na mudança de comportamentos das crianças, demonstrando a importância da generalização das estratégias aprendidas. A redução de problemas de comportamento foi um efeito observado, reforçando a ideia de que o envolvimento parental ativo no processo terapêutico é essencial para a manutenção dos progressos obtidos. Dessa forma, garantir que os pais tenham acesso a orientações adequadas representa uma estratégia eficaz para a promoção de mudanças

comportamentais sustentáveis e duradouras, para as crianças, pais e para a boa convivência familiar.

21. REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Júlia Maria Giroto; FREITAS, Lucas Cordeiro. Habilidades sociais educativas de pais de crianças com TEA: caracterização e relação com as habilidades sociais dos filhos. **Psicologia (02549247)**, v. 41, n. 2, 2023.

AGOSTINI, Júlia Maria Giroto; FREITAS, Lucas Cordeiro. Habilidades sociais educativas de pais de crianças com autismo: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 26, p. e234495, 2022.

AGUIRRES, Ariane Segatto; ZANDONADI, Antônio Carlos. MUDANÇA DO CICLO FAMILIAR: O diagnóstico de Autismo e os impactos na relação conjugal. **Revista FAROL**, v. 13, n. 13, p. 102-116, 2021.

AMAN, M. G.; SINGH, N. N.; STEWARD, A. W.; FIELD, C. The aberrant Behavior checklist: a Behavior rating scale for the assessment of treatment effects. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 89, n. 5, p. 485-491, 1985.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5**. Artmed, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014.

ANDERY, M. A. P. A. Métodos de pesquisa em análise do comportamento. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, pp. 313-342, 2010.

ANGELIS, Luciana Oliveira; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz. Transtorno do Espectro Autista (TEA): Caracterização, Diagnóstico e Intervenção. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 22, n. 2, p. 108-125, 2022.

ARAÚJO, J. A. **A mãe como co-terapeuta no processo de aquisição da linguagem por meio da comunicação alternativa**: um estudo de caso. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em pedagogia), Centro de educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (5a ed.). **Artmed**, 2014.

ASTA, L., PERSICO, A. M. Differential Predictors of Response to Early Start Denver Model vs. Early Intensive Behavioral Intervention in Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Brain Sciences**, 12(11), 1499, 2022.

- BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 1, n. 1, p. 91-97, 1968.
- BAGAILOLO, L. F.; PACÍFICO, C. R.; MOYA, A. C. C.; MIZAELO, L. D. F.; JESUS, F. S. D.; ZAVITOSKI, M.; ASEVEDO, G. R. D. C. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, 18(2), 46-64, 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v18n2p46-64>
- BARALDI, G. S.; ROJAHN, J.; SEABRA, A. G.; CARREIRO, L. R. R.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Tradução, adaptação e validação preliminar da versão brasileira do Behavior Problems Inventory (BPI-01). **Trends Psychiatry Psychother.** [online]. vol.35, n.3, pp.198-211, 2013. ISSN 2237-6089. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300007>.
- BARBOSA, I. G.; RODRIGUES, D. H.; ROCHA, N. P.; SIMÕES-E-SILVA, A. C.; TEIXEIRA, A. L.; KUMMER, A. Propriedades psicométricas da Escala de Responsividade Social-2 para Transtornos do Espectro Autista. **J Bras Psiquiatr.**; 64(3): p. 230-237, 2015.
- BAUMRIND, D. Harmonious parents and their preschool children. **Developmental Psychology**, v. 4, n. 1, p. 99-102, 1971.
- BAUMRIND, D. Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907, 1966. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- BEARSS, K., BURRELL, T. L., STEWART, L., SCAHILL, L. Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? **Clinical Child and Family Psychology Review**, 18(2), 170–182, 2015. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5>
- BENITEZ, P.; DOMENICONI, C.; BONDIOLI, R. M. Delineamento experimental em Análise do Comportamento: discussão sobre o seu uso em intervenções educacionais inclusivas. **Psicologia USP**, 30, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e190003>
- BENSON, PAUL R.; KERSH, JOANNE. Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: Cross-sectional and longitudinal relationships. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 41, p. 1675-1685, 2011.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S. **Promove - Pais** - treinamento de habilidades sociais educativas: guia teórico e prático. Hogrefe, 2018.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas parentais: conjugalidade, depressão materna, comportamento das crianças e variáveis demográficas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 24, n. 1, p. 69-83, jan./mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240106>
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R.; MATURANO, E. M. **Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)**. Manual Técnico. São Paulo: Hogrefe/Cetepp. 2016.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MATURANO, E. M. Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 67–75, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. R. Estudos de Confiabilidade e Validade do Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas Versão para Pais-QRSH-Pais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24 (2), 2011.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. Evidências de Validade para os Questionários de Respostas Socialmente Habilidosas-QRSH-Pr e QRSH-Pais. **Psico-USF**, v. 25, p. 155-170, 2020.

BORBA, M. M. C.; BARROS, R. S. **Ele é autista: como posso ajudar na intervenção?** Um guia para profissionais e pais com crianças sob intervenção analíticocomportamental ao autismo. Cartilha da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), 2018.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e adolescência): dados preliminares. **Revista ABP- APAL**, 17(2),55-66, 1995.

BOUTAIN, A. R.; JAN B. SHELDON, J. B.; SHERMAN, J. A. Evaluation of a telehealth parent training program in teaching self-care skills to children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis** 9999, 1–17, 2020.

BOZOGLAN, BAHADIR; KUMAR, SURESH. Parenting styles, parenting stress and hours spent online as predictors of child internet addiction among children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 52, n. 10, p. 4375-4383, 2022.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce de crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CAIXETA, L. M. **Avaliação da emergência de intraverbais em crianças com transtorno do espectro do autismo, após o ensino de tato e de discriminações condicionais**. Dissertação de mestrado, UFSCAR, 2019.

CARMO, M. A., ZANETTI, A. C. G., SANTOS, P. L. et al. O ambiente familiar e o desenvolvimento da criança com autismo. **Rev. Enfermagem UFPE**, Recife, 13 (1), 206-15, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v01i01a237617p206-215-2019>

CASP. **Applied Behavior Analysis Practice Guidelines for the Treatment of Autism Spectrum Disorder**: guidance for healthcare funders, regulatory bodies, service providers, and consumers. The Council of Autism Service Providers, 3ª edição, 88p., 2024.

CAVALCANTE, SUYANE SANTANA et al. Benefícios da análise do comportamento aplicada para intervenção precoce no transtorno do espectro autista (TEA). **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e10812340531-e10812340531, 2023.

CHESTER, M., RICHDAL, A. L., MCGILLIVRAY, J. Group-based social skills training with play for children on the autism spectrum. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 49(6), 2231-2242, 2019.

CIA, F.; PEREIRA, C. S.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filhos. **Psicologia em Estudo**, 11(1), 73-81, 2006.

CLAUSER, P. et al. Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with autism. **School Psychology International**, v. 42, n. 1, p. 33-56, 2021.

CONSTANTINIDIS, T. C., SOUZA PINTO, A. REVISÃO Integrativa sobre a Vivência de Mães de Crianças com Transtorno de Espectro Autista. **Revista Psicologia E Saúde**, 2019. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.799>

COOPER, J. O.; HERON, T. E.; HEWARD, W. L. **Applied Behavior Analysis**. 3. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2007.

COON, J. C.; RAPP, J. T. Application of multiple baseline designs in behavior analytic research: evidence for the influence of new guidelines. [wileyonlinelibrary.com/journal/bin](https://doi.org/10.1002/bin.1510) **Behavioral Interventions**. p:33:160–172, 2018. <https://doi.org/10.1002/bin.1510>

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRUZ, A. C. B.; MINETTO, M. F.; WEBER, L. N. D. Adaptação do “programa de qualidade na interação familiar” para famílias com filhos com Transtorno do Espectro Autista. **INFAD Revista de Psicologia**, Nº1 - Monográfico 1, ISSN: 0214-9877, pp:399-408, 2019.

DE SÁ PIANOVSKI, Mariana Fortes; DA SILVEIRA, Jocelaine Martins. Orientação de pais on-line no tratamento do uso problemático de internet pela criança. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 30, n. 3, p. 443-462, 2022.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: **Pearson Clinical**. 120P., 2018.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. **Paidéia**. 18(41), 517-53, 2008.

DEL PRETTE, ZILDA APARECIDA PEREIRA; DEL PRETTE, ALMIR. Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, p. 497-505, 2008.

DIGGLE, T.; MCCONACHIE, H. R.; VANDLE, V. R. L. **Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder** (Review). The Cochrane Library, 2005.

DITTRICH, A.; STRAPASSON, B. A.; SILVEIRA, J. M.; ABREU, P. R. Sobre a Observação enquanto Procedimento Metodológico na Análise do Comportamento: Positivismo Lógico, Operacionismo e Behaviorismo Radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Abr-Jun, Vol. 25 n. 2, pp. 179-187, 2009.

DIVAN G, VAJARATKAR V, DESAI UM, STRIK-LIEVERS L, PATEL V. CHALLENGES, COPING Strategies, and Unmet Needs of Families with a Child with Autism Spectrum Disorder in Goa, India. **Autism Res.** 5(3):190-200, 2012.

DIXON, M. R., BELISLE, J., STANLEY, C., ROWSEY, K., DAAR, J. H., SZEKELY, S. Toward a behavior analysis of complex language for children with autism: Evaluating the relationship between PEAK and the VB-MAPP. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 27(2), 223-233, 2015.

ECKES, Theresa et al. Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder—a meta-analysis. **BMC psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 133, 2023.

EZZEDDINE, E. W., DEBAR, R. M., REEVE, S. A., TOWNSEND, D. B. Using video modeling to teach play comments to dyads with ASD. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 53(2), 767-781, 2020. <https://doi.org/10.1002/jaba.621>

FARO, K. C. A., SANTOS, R. B., BOSA, C. A., WAGNER, A., DA COSTA SILVA, S. S. AUTISMO e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico**, 50(2), 2019. e30080-e30080

FAVA, L.; STRAUSS, K. Response to Early Intensive Behavioral Intervention for autism—An umbrella approach to issues critical to treatment individualization. **Elsevier**, 39, 49–58, 2014. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2014.05.004.

FONSECA, Larissa Kathlem Rodrigues et al. Influências do transtorno do espectro autista nas relações familiares: revisão sistemática. **Revista baiana de saúde pública**, v. 43, n. 2, p. 444-465, 2019.

FREA, W. D., et al. Understanding the role of family in the treatment of autism spectrum disorders: Implications for practice. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2007.

GADIA, C. A., TUCHMAN, R., ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de pediatria**, 80, 83-94, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>

GOLDIAMOND, I. The construction of case formulations in behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1974.

GOLDIAMOND, I. Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. **Behavior and social issues**, 11(2), 108-197, 2002. (Original publicado em 1974).

GOMES, C. G. S., SOUZA, D. G., SILVEIRA, A. D., OLIVEIRA, I. M. Intervenção comportamental precoce e intensiva com crianças com autismo por meio da capacitação de cuidadores. **Revista Brasileira De Educação Especial**, 23 (3), p. 377-390, 2017.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem, 21-60. **Alínea**, 2003.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais – IEP: fundamentação teórica, instruções de aplicação, apuração e interpretação [4º edição - Revista, atualizada e ampliada com teoria e prática]. **Juruá editora**, 2021.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais – IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. **Vozes**, 2006.

GOMIDE, P. I. C., SALVO, C. G., PINHEIRO, D. P. N., SABBAG, G. M. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **PsicoUSF**, 10(2), 169-178, 2005. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712005000200008&lng=pt&nrm=iso&tln=pt

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 38, 581-586, 1997.

GOULD, E., DIXON, D. R., NAJDOWSKI, A. C., SMITH, M. N., TARBOX, J. A review of assessments for determining the content of early intensive behavioral intervention programs for autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 5 (3), 990-1002, 2011.

GUIMARÃES, Beatriz Malveiro Scartezzini. **Treino de habilidades sociais em sujeitos com TEA, sob a perspectiva da análise do comportamento**. Monografia de conclusão de curso. 2022.

HARTLEY SL, BARKER ET, BAKER JK, SELTZER MM, GREENBERG J. MARITAL Satisfaction and Life Circumstances of Grown Children With Autism Across 7 Years. **J Fam Psychol.**;26(5):688-9, 2012.

HARTLEY SL, BARKER ET, SELTZER MM, FLOYD F, GREENBERG JS, ORSMOND G, ET AL. The Relative Risk and Timing of Divorce in Families of Children with an Autism Spectrum Disorder. **J Fam Psychol.** 24(4):449-57, 2010.

HARTLEY SL, BARKER ET, SELTZER MM, GREENBERG J, FLOYD F. Marital Satisfaction and Parenting Experiences of Mothers and Fathers of Adolescents and Adults With Autism. **Am J Intellect Dev Disabil** ;116(1):81-95.30, 2011.

HORA, Karoliny Lopes da. **Ensino de comportamento verbal no transtorno do espectro autista: análise de estudos experimentais**. Trabalho de Conclusão de Curso, UFC, 2017.

HOWARD, J. S.; SPARKMAN, C. R.; COHEN, H. G.; GREEN, G.; STANISLAUS, S. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, v. 26, n. 4, p. 359-383, 2005.

HOWARD, J.S.; HAROLD, S.; GREEN, C.; SPARKMAN, C.R.; COHEN, H.G. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. **Elsevier**, 35, 3326–3344, 2014. doi:10.1016/j.ridd.2014.08.021.

ISHII, A., IHARA, H., OGATA, H., SAYAMA, M., GITO, M., MURAKAMI, N., AYABE, T., OTO, Y., TAKAHASHI, A., NAGAI, T. Autistic, Aberrant, and food-related behaviors in

adolescents and young adults with prader-willi syndrome: The effects of age and genotype. **Behavioural Neurology**, 3, p. 461-545, 2017.

IWATA, B. A. **Functional Analysis Methodology for Assessment and Treatment of Severe Behavior Disorders**. Univ. of Florida, Gainesville, 1996.

JACOBSON, Neil S.; TRUAX, Paula. **Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research**. 1992.

KANAMOTA, P. F. C. Treinamento de pais de indivíduos com transtorno do espectro autista na análise do comportamento: Revisão de literatura em bases de dados nacionais. In: **Diálogos em análise do comportamento: volume II**. Kirchner, L. F., Souza, P. C., Kanamota, P. F. C (Orgs.) Brasília: Instituto Walden 4, 2021.

KANAMOTA, P. F. C.; BOLSONI-SILVA, A. T.; KANAMOTA, J. S. Efeitos do programa Promove-Pais, uma terapia comportamental aplicada a cuidadoras de adolescentes com problemas de comportamento. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, vol. 25, núm. 2, pp. 197-214, 2017.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, p. 217-250, 1943.

KOYDEMIR S, TOSUN Ö. Impact of autistic children on the lives of mothers. *Procedia Soc Behav Sci*. 1:2534-40, 2009.

LAWRENZ, P.; ZENI, L. C.; FOSCHIERA, L.; AENOUD, T. Estilos, práticas ou habilidades sociais educativas: como diferenciá-los? **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 16(1), pp.2-9, 2020. DOI: 10.5935/1808-5687.20200002.

LEAF, J. B., TAUBMAN, M., MILNE, C., DALE, S., LEAF, J., TOWNLEY-COCHRAN, D., TSUJI, K., KASSARDIAN, A., ALCALAY, A., LEAF, R., MCEACHIN, J. Teaching social communication skills using a cool versus not cool procedure plus role-playing and a social skills taxonomy. **Education and Treatment of Children**, 39(1), 44-63, 2016.

LINSTEAD, Erik et al. An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder. **Translational psychiatry**, v. 7, n. 9, p. e1234-e1234, 2017.

LOSAPIO, M. F.; SILVA, L. G.; PONDÉ, M. P.; NOVAES, C. M.; SANTOS, D. N.; ARGOLLO, N.; OLIVEIRA, I. M. S.; BRASIL, H. H. A. Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.27, n.5, pp.909-923, 2011. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500009>.

LOVAAS, O. I. Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 55, 3-9, 1987.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1987

LOVAAS, O. I. The Development of a Treatment-Research Project for Developmentally Disabled and Autism Children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 26, 617-630, 1993.

LOVIBOND, S. H; LOVIBOND, P. F. **Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia**. 1995 [updated 10/11/2014]. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>.

MACHADO, Natália Marques; DA SILVA, Ákysa Ribeiro Inácio; PORTES, João Rodrigo Maciel. Estresse Parental e Relacionamento Conjugal em Pais de Crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa da literatura. **Contextos clínicos**, 15 (1), 2022. doi: 10.4013/ctc.2022.151.12

MACIEL-PORTES, João Rodrigo; LIMA CARVALHO-AMORIM, Maria Vitória; VIEIRA, Mauro Luís. Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: estudo correlacional. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 2, p. 78-89, 2022.

MARTELETO, M. R. F., SCHOEN-FERREIRA, T. H., CHIARI, B. M., PERISSINOTO, J. Problemas de comportamento em crianças com transtorno autista. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 27(1), 5-12, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000100002>

MARTINS, B. G.; SILVA, W. R., MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. B. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J. Bras. Psiquiatr.** 68 (1), p 32-41, 2019.

MARTINS, T. E. M.; BARROS, R. S. Podemos prescindir de controle aversivo na intervenção analítico-comportamental ao autismo? **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, vol. 25, núm. 1, pp. 101-116, 2017.

MARTONE, M.C.C. **Adaptação para a língua portuguesa do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, 2017.

MATOS, B. R. A. **Homens e seus filhos: uma análise sobre habilidades sociais educativas parentais**. 2018. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) — Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2018.

MATSON, J. L., BOISJOLI, J. A. Assessment of Autism Spectrum Disorders. **Behavior Modification**, 2009.

MCCONACHIE, H.; DIGGLE, T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** 13, 120–129, 2007.

MUELLER, M. M.; PIAZZA, C. C., MOORE, J. W., KELLEY, M. E., BETHKE, S. A., PRUETT, A. E., OBERDORFF, A. J., LAYER, S. A. Training parents to implement pediatric feeding protocols. **Journal Of Applied Behavior Analysis**, 36 (4), p. 545-562, 2003.

MUELLER, M. M.; PIAZZA, C. C.; MOORE, J. W.; KELLEY, M. E.; BETHKE, S. A.; PRUETT, A. E.; OBERDORFF, A. J.; LAYER, S. A. Training parents to implement pediatric feeding protocols. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v.36 p.4, p. 545-562, 2003.

OLIVEIRA, T.; GRASSI, M F.; BOLSONI-SILVA, A. T. **Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista – TEA: Teoria e Prática**. Editora Juruá, 2024.

PASSARELLI, Denise Aparecida et al. Treino de Habilidades Sociais em Crianças e Adolescentes com Autismo: Uma Revisão de Artigos Empíricos. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, p. 084-096, 2023.

PEREIRA, A. M.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. vol. 84, n. 6 (2008), p. 487-494, 2008.

PINHEIRO, M. I. S.; DEL PRETTE, A.; HAASE, V. G. Pais como co-terapeutas: treinamentos em habilidades sociais como recurso adicional. **Psicopar.Des.Rel.Tec.**, 3 (1), p. 1-42, 2002.

PISSAIA, A. T. **Estilos Parentais e Comportamentos de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, 2022.

QUEIROZ, F. F. DE S. N.; BRASIL, C. C. P.; BRASILEIRO, F. N. V.; GABLER, F.; FILHO, J. E. DE V. Definição de habilidades-alvo para a classificação de brincadeiras voltadas às crianças com transtorno do espectro do autismo. **New Trends in Qualitative Research**, 3, p. 664-677, 2020. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.664-677>

RADLEY, K. C., HANGLEIN, J., ARAK, M. School-based social skills training for preschool-age children with autism spectrum disorder. **Autism, Espectro – UFSCAR**, 20(8), 938-951, 2016.

RAPIN, Isabelle; GOLDMAN, Sylvie. A escala CARS brasileira: uma ferramenta de triagem padronizada para o autismo. **Jornal de Pediatria**, v. 84, p. 473-475, 2008.

ROJAS-TORRES, Liliana Paulina; ALONSO-ESTEBAN, Yurena; ALCANTUD-MARÍN, Francisco. Early intervention with parents of children with autism spectrum disorders: A review of programs. **Children**, v. 7, n. 12, p. 294, 2020.

REICHOW, B.; BARTON, E. E.; BOYD, B. A.; HALLE, J. W. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, p. 1-90, 2012.

ROVARIS, J. A. **Práticas Educativas Parentais de Pais e de Mães de Crianças diferenciadas por Problemas de Comportamento, Escolaridade e Sexo, considerando Relato e Observação**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) Faculdade de Ciência, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2020.

SABEY, C., ROSS, S., GOODMAN, J. Beyondtopography: Addressing the functional impact of social skills training for students with autismo. **Educational Psychology in Practice**, 36(2), 133–148, 2020.

SALLOWS, G. O.; GRAUPNER, T. D. Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism: Four-Year Outcome and Predictors. **American Journal of Mental Retardation**, 110, 417-428, 2005.

SALOMONE, Erica et al. Pilot randomized controlled trial of the WHO caregiver skills training in public health services in Italy. **Journal of autism and developmental disorders**, p. 1-15, 2021.

SAMPAIO, A. A S.; AZEVEDO, F. H. B.; CARDOSO, L. R.; LIMA, C.; PEREIRA, M. B. R.; ANDERY, M. A. P. A. Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. **Interação em Psicologia**, v12, n1, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537>

SANDBANK, Micheal et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. **Psychological bulletin**, v. 146, n. 1, p. 1, 2020.

SARMENTO, Simara Nogueira; CORREIA, Cássia Cristina Ferraz; DIESEL, Heiny Harold. Revisão Sistemática de Estudos Empíricos sobre os Efeitos do Treino de Habilidades Sociais em Crianças com TEA, baseado em Análise do Comportamento Aplicada. **Espectro: Revista Brasileira de Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2023.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estud. Psicol.** 29, 619–629, 2012. doi: 10.1590/S0103-166X2012000400016

SCHROTT, Bastian et al. Effectiveness of the stepping stones triple P group parenting program as an additional intervention in the treatment of autism spectrum disorders: effects on parenting variables. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 49, p. 913-923, 2019.

SILVA, A. P. C.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Brincando e Aprendendo Habilidades sociais**. Paco editorial, 2013.

SILVA, Maria Estela Martins. **Intervenção ampliada baseada nos programas Promove Pais e Promove Crianças sobre o status sociométrico de rejeição em escolares**. Tese de doutorado, USP, 2022.

SILVA, N. A. **Manejo de problemas de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista**: Estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento, 2016.

SILVA, Nelcimari Marçal Machado da; PUMARIEGA, Yesica Nunez. **A contribuição da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Trabalho de Conclusão de Curso, UNIFAEMA, 2022.

SIM, Angela et al. Relationship satisfaction and dyadic coping in couples with a child with autism spectrum disorder. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 47, p. 3562-3573, 2017.

SLOCUM, Timothy A. et al. The evidence-based practice of applied behavior analysis. **The Behavior Analyst**, v. 37, p. 41-56, 2014.

SMITH D.P.; HAYWARD, D. W.; GALE, C. M, EIKESETH, S., KLINTWALL, L. Treatment gains from early and intensive behavioral intervention (EIBI) are maintained 10 years later. **Behavior modification**. Jul;45(4):581-601, 2021.

STEINBRENNER, Jessica R. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. **FPG child development institute**, 2020.

VAN STEIJN DJ, OERLEMANS AM, DE RUITER SW, VAN AKEN MAG, BUITELAAR JK, ROMMELSE NNJ. Are parental autism spectrum disorder and/or attention-deficit/Hyperactivity disorder symptoms related to parenting styles in families with ASD (+ADHD) affected children? **Eur Child Adolesc Psychiatry** [Internet].22 (11):671–81, 2013.

VIRUES-ORTEGA, J., PÉREZ-BUSTAMANTE, A., TARIFA-RODRIGUEZ, A. Evidence-Based Applied Behavior Analysis (ABA) Autism Treatments: An Overview of Comprehensive and Focused Meta-Analyses. **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder: Assessment, Diagnosis, and Treatment**, 631-659, 2022.

WERGELAND, G. J. H., POSSERUD, M. B., FJERMESTAD, K., NJARDVIK, U., ÖST, L. G. (2022). Early behavioral interventions for children and adolescents with autism spectrum disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 29(4), 400, 2022.

VAN TONGERLOO MAMM, VAN WIJNGAARDEN PJM, VAN DER GAAG RJ, LAGRO-JANSSEN ALM. Raising a child with an Autism Spectrum Disorder: “If this were a partner relationship, i would have quit ages ago.” **Fam Pract** [Internet]. 32(1):88–93, 2015.

VIEIRA, M. L.; SOUZA, C. D. DE ; SABBAG, G. M.; PARAVENTI, L.; BARRETO, M. A; CREPALDI, M. A. Impactos da cooperação familiar no desenvolvimento da pró-sociabilidade no contexto de vulnerabilidade social no Brasil. In: Luciana Fontes Pessoa; Deise Maria Leal Fernandes Mendes; Maria Lucia Seidl-de-Moura. (Org.). **Parentalidade: diferentes perspectivas, evidências e experiências**. 1ed.Curitiba: Appris, v. 1, p. 61-80, 2018.

VIGNOLA, R. C. B; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. **J Affect Disord**. 155:104-9, 2014.

VILA, E. M.; WEBER, L.N. D. Efeitos de um programa parental em mães de crianças com problemas comportamentais. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 30, n. 3, p. 503-520, 2022.

VILLA, M.; AGUIAR, A.; DEL PRETTE, Z. Intervenções baseadas em evidências: aplicações do Método JT . São Carlos: EDUFSCar, 2012.

- VIRUES-ORTEGA, J., PÉREZ-BUSTAMANTE, A., TARIFA-RODRIGUEZ, A. Evidence-Based Applied Behavior Analysis (ABA) Autism Treatments: An Overview of Comprehensive and Focused Meta-Analyses. **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder: Assessment, Diagnosis, and Treatment**, 631-659, 2022.
- WANG, P. Effects of a Parent Training Program on the Interactive Skills of Parents of Children with Autism in China. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, 5 (2) pp 96–104 June 2008.
- WEBSTER-STRATTON, C., HERBERT, M. What really happens in parent training?. **Behavior modification**, 17(4), 407-456, 1993.
- WEITLAUF, A. S.; MCBEE, M. T.; PIERCE, R. A.; et al. Therapies for children with autism spectrum disorder: Behavioral interventions update. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)**, v. 137, p. 1-273, 2014.
- WERGELAND, G. J. H., POSSERUD, M. B., FJERMESTAD, K., NJARDVIK, U., ÖST, L. G. Early behavioral interventions for children and adolescents with autism spectrum disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 29(4), 400, 2022.
- WECHSLER, D. **Escala Weschsler de inteligência para crianças: WISC-IV**. Manual Técnico. Tradução do manual original Maria de Lourdes Duprat. (4. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- YAZAWA, T. **Manejo de comportamentos atípicos: avaliação de procedimentos de ensino de princípios básicos da Análise do Comportamento**. Tese de doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, 2020.
- YAZAWA, T.; COLOMBANI, F.; SAFFIOTTE ZAFANI, G. Comportamentos atípicos de crianças e adolescentes com TEA e outros transtornos: Efeitos de uma intervenção. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 18, n. 00, p. e023090, 2023. DOI: 10.21723/riaee.v18i00.18549.
- YAZAWA, T.; FORNAZARI, S. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. **Graves problemas de comportamento em saúde e educação, como lidar?**[S. l.]:Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2018.
- ZAND, D. H.; BULTAS, M. W.; MCMILLIN, S. E.; HALLORAN, D.; WHITE, T.; MCNAMARA, D.; PIERCE, K. J. A Pilot of a Brief Positive Parenting Program on Children Newly Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. **Fam Proc** 57, N4, pp. 901–914, 2018.
- ZANINI, F. M. P. A Análise do Comportamento Aplicada e o Transtorno do Espectro Autista. **Anais do EVINVI**, Cadernos de Resumos, v3, n.1, 2017.

22. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Efeitos do promove-pais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Pesquisadora responsável: Taize de Oliveira.

Prezado(a) Senhor(a):

- ☐ Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre treinamento de habilidades e práticas parentais para pais de TEA.
- ☐ Antes de concordar em participar desta pesquisa e assinar este termo, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- ☐ A pesquisadora responderá a todas as suas dúvidas antes de você decidir participar.
- ☐ Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: O objetivo geral do presente projeto é descrever efeitos do Promove-Pais adaptado a TEA quanto as práticas educativas (positivas e negativas) e comportamentos (problemas de comportamentos e habilidades sociais) das crianças.

Justificativa: Treinamentos específicos de práticas parentais para familiares de crianças com TEA pode ser importante estratégia de redução de comportamentos problemas e aumento de repertório de socialização.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questões de alguns instrumentos sobre você, sua relação conjugal, práticas parentais e desenvolvimento de seu filho; participar de um treinamento e práticas educativas parentais e observação de interação com a criança. A observação será filmada, para uso exclusivo de análise da pesquisadora, que manterá o sigilo dos respondentes. Os dados serão transcritos e utilizados nos resultados, mantendo o sigilo, não identificando os respondentes reais.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema de práticas parentais e treinamento parental de cuidadores de crianças com TEA, podendo contribuir para ganhos comportamentais e reflexões sobre práticas inclusivas nesse contexto.

Riscos: Riscos mínimos, possível desconforto ou respostas emocionais que poderão ser gerados a partir da observação e avaliação.

Acompanhamento e Assistência: Quando necessário, o voluntário poderá procurar a pesquisadora pelo e-mail: oliveira.taizede@gmail.com. Em casos de questões que eliciar respostas emocionais durante a pesquisa, a pesquisadora se prontificará a ofertar suporte psicológico, acolhendo.

Sigilo: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo e os resultados analisados a partir de tabelas e gráficos a serem divulgados em meios de divulgação que propiciem o repasse dos conhecimentos para a sociedade, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

Em caso de dúvida: Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências – Unesp, situado na Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01. Bairro: Vargem Limpa, 17033-360 - Bauru, SP. Fone: (14) 3103-9400. E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Pesquisadora: Taize de Oliveira

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Participante

23. APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTAL

Questionário comportamental

Quais são as queixas comportamentais principais em relação ao seu filho?

Quais são vinculadas ao TEA?

Quais contextos ocorrem esses comportamentos?

Como ocorrem esses comportamentos?

Com qual frequência ocorrem?

O que ocorre diante desses comportamentos? Como você se comporta diante desses comportamentos?

De que forma gostaria que mudasse esses comportamentos?

Qual a expectativa de mudança?

24. APÊNDICE C – INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE A CRIANÇA E FAMÍLIA

Questionário de informações iniciais

Idade dos responsáveis

Ocupação dos responsáveis

Renda da família

Estado civil dos responsáveis

Formação profissional dos responsáveis

Quem participa da educação da criança

Sexo da criança

Qual o diagnóstico da criança?

Com quantos anos se deu o diagnóstico?

Como se comunica com a criança?

Como avalia a comunicação com a criança?

Qual a idade atual da criança?

A criança é alfabetizada?

Frequenta a escola?

Escola regular ou especial?

Qual série?

Qual a fonte de tratamento da criança? Convênio, particular, público, outros.

Fez ou faz tratamento na ciência ABA?

Por quanto tempo? Quando iniciou a terapia?

Quando iniciou o tratamento multidisciplinar?

Quais profissionais da equipe multidisciplinar?

Realiza quantas horas semanais de terapia?

Possui acompanhante terapêutico em residência?

Possui acompanhante terapêutico em escola?

Quais objetivos terapêuticos estão sendo trabalhados com a criança?

Você responsável tem orientação de pais com os profissionais?

Os profissionais fornecem informações do acompanhamento com qual frequência?

Os profissionais orientam sobre manejo de comportamentos?

Quais mudanças verificou no tempo de acompanhamento da criança pela equipe?

Como avalia a interação com a criança?

Realizou ou realiza alguma formação em Análise do Comportamento Aplicada?

Faz parte de grupos de apoio?

Busca informações sobre o TEA? Onde?

Busca informações sobre o tratamento? Onde?

Há irmão? Se sim, quantos?

O irmão possui algum diagnóstico?

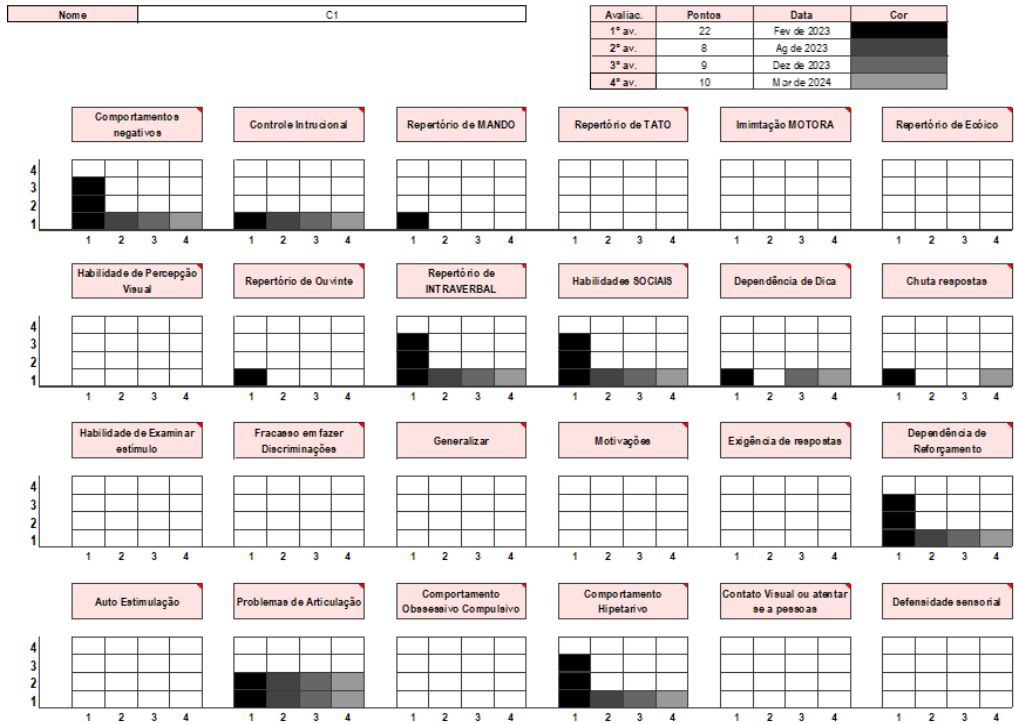
O irmão participa de algum acompanhamento?

Há queixas sobre comportamentos do irmão? Quais?

Qual a frequência de interação com as crianças? O que realizam juntos?

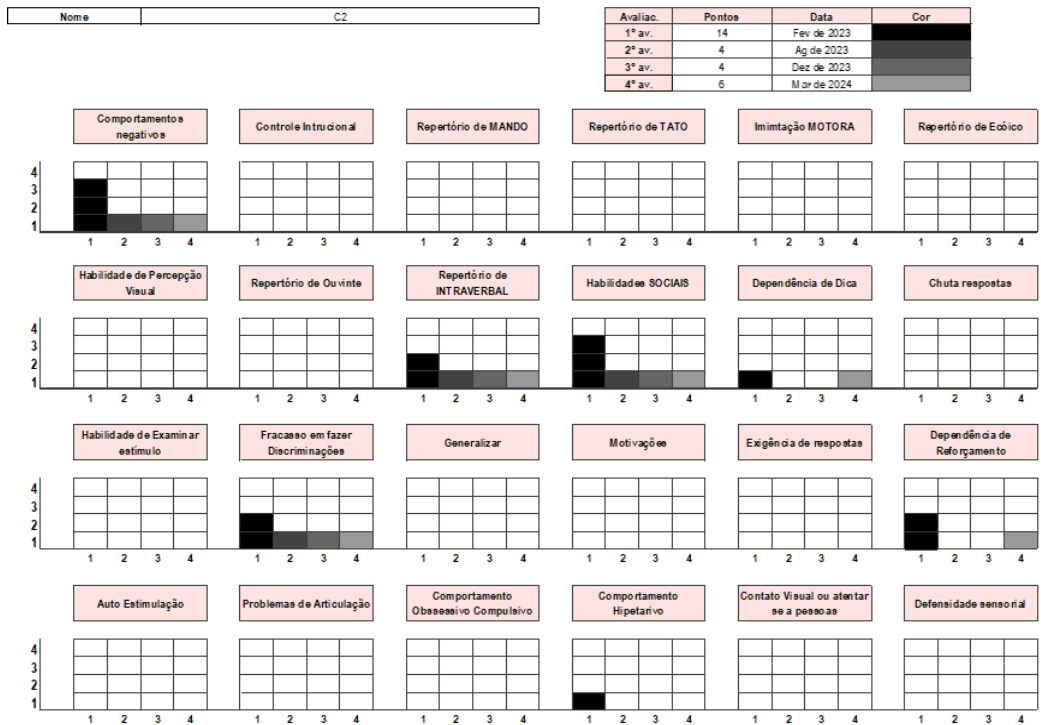
25. APÊNDICE D – AVALIAÇÃO DE BARREIRAS DE APRENDIZAGEM

Figura 21- Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1



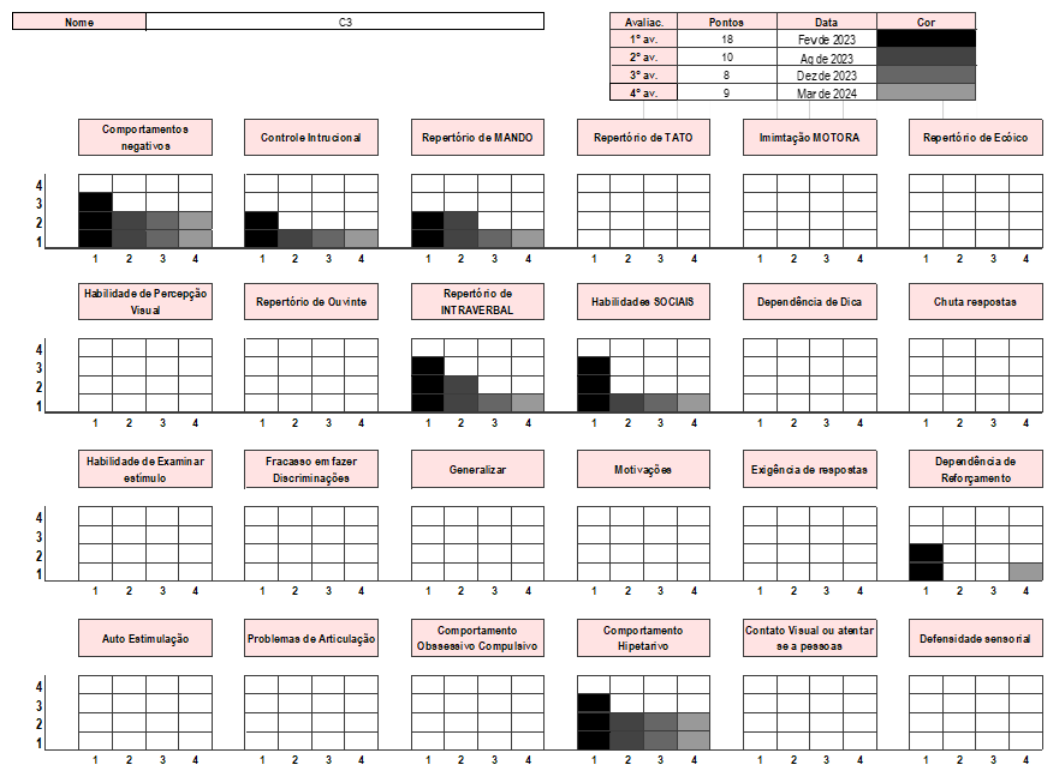
Fonte: autora.

Figura 22 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C2



Fonte: autora.

Figura 23 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C3



Fonte: autora.

26. APÊNDICE E – DADOS NORMATIVOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS NO JT

Tabela 7 – Dados normativos utilizados para análise do JT

Variável	Índice de confiabilidade	Mínimo	Máximo	Indicador (+ ou -)	Critério (a, b ou c)	n sujeitos	Média	DP	n sujeitos	Média	DP
						Funcional			Disfuncional		
DASS-DEPRESSÃO	0,96	0	42	Neg	a				1000	6,34	6,97
DASS-ANSIEDADE	0,92	0	42	Neg	a				1000	4,70	4,91
DASS - ESTRESSE	0,95	0	42	Neg	a				1000	10,11	7,91
QRSH PAIS	0,79	0	30	Pos	c	91	26,47	3,29	92	24,45	5,05
RE-HSEP - Freq	0,827	0	16	Pos	c	26	9,58	3,47	27	6,48	2,38
RE-HS - Freq	0,827	0	20	Pos	c	26	10,12	5,01	27	6,3	3,5
RE-CONT - Freq	0,827	0	6	Pos	c	26	10,46	6,84	27	8,33	5,36
RE - TOTAL POSITIVO - Freq	0,827	0	42	Pos	c	26	23,42	10,97	27	17,48	8,25
RE-PR NEGATIVAS - Freq	0,646	0	22	Neg	c	26	5,81	2,86	27	8	4,01
RE- PROB COMP - Freq	0,646	0	6	Neg	c	26	8,31	4,57	27	9	5,72
RE - TOTAL NEGATIVO - Freq	0,646	0	28	Neg	c	26	11,22	3,54	27	13,91	4,15
QRSH	0,846	0	30	Pos	c	63	29	5,12	68	25,22	6,56
ABC - Irritabilidade	0,9	0	45	Neg	a				27	10,48	4,2
ABC - Letargia	0,81	0	48	Neg	a				27	13,04	8
ABC - Comps. Estereotipados	0,83	0	12	Neg	a				27	5,26	4,7
ABC - Hiperatividade	0,89	0	57	Neg	a				27	19,74	9,4
ABC - Fala Inapropriada	0,68	0	12	Neg	a				27	1,74	2,3
ABC - Total	0,88	0	174	Neg	a				27	39	26,4
QRC - Fator 1	0,912	0	50	Pos	b	105	42,15	6,81			
QRC - Fator 2	0,842	0	34	Pos	b	105	29,22	3,87			
QRC - Fator 3	0,893	0	18	Pos	b	105	14,26	3,67			
QRC - Fator 4	0,857	0	20	Pos	b	105	15,78	3,52			
QRC - Fator 5	0,763	0	22	Pos	b	105	16,78	3,5			
QRC - Fator 6	0,697	0	12	Neg	b	105	5,52	2,43			
IHS-Total	0,75	0	152	Pos	b	1709	81,98	15,29			
IHS-F1	0,965	0	52	Pos	b	1709	34,27	11,05			
IHS-F2	0,8673	0	12	Pos	b	1709	5,63	2,92			

IHS-F3	0,8187	0	32	Pos	b	1709	27,46	4,03			
IHS-F4	0,7525	0	20	Pos	b	1709	12,6	4,03			
IHS-F5	0,7413	0	24	Pos	b	1709	16,09	3,88			
ESCORE GERAL - Fatores De Proteção	0,86	0	46	Pos	a	416	38,77	6,73	12	63,1	31,6
Escore Em F1 - Responsabilidade	0,69	0	8	Pos	a	416	11,81	3,47	12	71,2	31,1
Escore Em F2 - Autocontrole	0,73	0	10	Pos	a	416	12,81	2,02	12	58,8	30,9
Escore Em F3 - Afetividade/Cooperação	0,62	0	12	Pos	a	416	11,65	2,57	12	59,2	28,9
ESCORE EM F4 - Desenvoltura Social	0,65	0	8	Pos	a	416	12,92	1,76	12	62,5	29,1
Escore Em F5 - Civilidade	0,63	0	8	Pos	a	416	7,84	1,71	12	71,5	34,5
ESCORE GERAL - Problemas De Comportamento	0,87	0	30	Neg	a	416	11,15	4,91	12	52,7	27,4
ESCORE EM F1 - Problemas Externalizantes	0,85	0	20	Neg	a	416	4,73	2,47	12	48,2	27,2
Escore Em F2 - Problemas Internalizantes	0,66	0	10	Neg	a	416	2,53	1,63	12	51,7	23,4
Comportamento Pro-Social	0,45	0	10	Pos	a				690	8,6	1,7
Hiperatividade	0,55	0	10	Neg	a				690	4,3	2,6
Sintomas Emocionais	0,44	0	10	Neg	a				690	3,1	2,2
Problemas De Conduta	0,57	0	10	Neg	a				690	2,3	2,2
Problemas De Relacionamento Com Colegas	0,4	0	10	Neg	a				690	1,6	1,8
Total Dificuldades	0,63	0	40	Neg	a				690	11,3	6,1
Monitoria Positiva	0,75	0	12	Pos	a				307	10,3	2,2
Comportamento Moral	0,74	0	12	Pos	a				307	9,6	2,3
Punição Inconsistente	0,72	0	12	Neg	a				307	2,1	2,05
Negligência	0,57	0	12	Neg	a				307	2,2	1,7
Disciplina Relaxada	0,57	0	12	Neg	a				307	2,1	1,8
Monitoria Negativa	0,53	0	12	Neg	a				307	4,8	2,2
Abuso Físico	0,78	0	12	Neg	a				307	0,69	1,5
Índice De Estilo Parental	0,85	-60	24	Pos	a				307	7,8	7,9

Fonte: autora.

27. APÊNDICE F – TABELAS DE RESULTADOS PAIS - POR INSTRUMENTO

Tabela 8 - Resultados do QRC – completo

Escala		S1	S2	S3	S4	S5	S6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
M1	F1: Comunicação e percepções	21	21	21						32	36
	F2: Ações e corresponsabilidade	14	14	14						21	25
	F3: Recebe afeto positivo	9	9	9						16	18
	F4: Expressa afeto positivo	8	8	8						14	16
	F5: Ações e percepções positivas	9	9	9						18	19
	F6: Ações e percepções negativas	4	4	4						2	1
M2	F1: Comunicação e percepções	36	36	36	36	36			37	27	31
	F2: Ações e corresponsabilidade	22	22	22	22	22			24	22	22
	F3: Recebe afeto positivo	12	12	12	12	12			14	12	12
	F4: Expressa afeto positivo	17	17	17	17	17			20	17	17
	F5: Ações e percepções positivas	17	17	17	17	17			18	17	18
	F6: Ações e percepções negativas	1	1	1	1	1			0	4	3
P2	F1: Comunicação e percepções	34	34	34	34	34			36	36	35
	F2: Ações e corresponsabilidade	26	26	26	26	26			27	26	26
	F3: Recebe afeto positivo	17	17	17	17	17			17	18	18
	F4: Expressa afeto positivo	19	19	19	19	19			19	20	20
	F5: Ações e percepções positivas	19	19	19	19	19			20	22	22
	F6: Ações e percepções negativas	1	1	1	1	1			1	0	1
M3	F1: Comunicação e percepções	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	F2: Ações e corresponsabilidade	12	12	12	12	12	12	12	13	13	15
	F3: Recebe afeto positivo	8	8	8	8	8	8	8	10	10	11
	F4: Expressa afeto positivo	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11
	F5: Ações e percepções positivas	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	F6: Ações e percepções negativas	3	3	3	3	3	3	3	6	6	6

Fonte: autora.

Tabela 9 - Resultados do DASS-21 – completo

	Escala	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Pós	Seg. 3	Seg. 6
M 1	Depressão	0	0	0					8	0	0
	Ansiedade	0	0	0					0	0	0
	Estresse	4	20	0					0	0	0
M 2	Depressão	0	2	2	0	0			2	0	0
	Ansiedade	6	8	0	0	2			8	8	4
	Estresse	12	12	4	0	6			10	18	4
P2	Depressão	6	0	6	6	8			0	8	2
	Ansiedade	0	0	0	0	0			0	6	2
	Estresse	2	0	2	2	2			2	8	4
M 3	Depressão	10	4	6	2	10	10	12	6	0	0
	Ansiedade	12	2	4	2	12	12	12	12	0	0
	Estresse	18	4	12	4	18	18	26	22	0	0

Fonte: autora.

Tabela 10 - Resultados do IHS-2 – completo

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Pós	Seg. 3	Seg. 6
M1	conversação assertiva	50	46	48					52	52	52
	abordagem afetivo-sexual (+)	10	10	12					12	12	12
	expressão de sentimento positivo	30	30	30					32	32	32
	autocontrole/enfrentamento	18	18	18					20	20	20
	desenvoltura social	24	24	24					24	24	24
M2	conversação assertiva	33	34	33	33	34			40	29	33
	abordagem afetivo-sexual (+)	5	5	5	5	5			5	5	6
	expressão de sentimento positivo	27	26	27	27	26			29	20	21
	autocontrole/enfrentamento	14	8	14	14	8			12	8	8

	desenvoltura social	17	13	17	17	13		17	9	9
P2	conversação assertiva	35	34	35	35	34		39	38	39
	abordagem afetivo-sexual (+)	6	5	7	6	6		10	8	10
	expressão de sentimento positivo	26	27	26	27	26		30	31	30
	autocontrole/enfrentamento	12	15	12	13	14		14	16	16
	desenvoltura social	16	17	16	17	17		19	19	19
M3	conversação assertiva	40	38	40	38	38	40	30	30	30
	abordagem afetivo-sexual (+)	6	0	4	2	0	6	4	12	12
	expressão de sentimento positivo	26	26	26	26	26	26	30	30	30
	autocontrole/enfrentamento	14	14	14	14	14	14	18	16	18
	desenvoltura social	16	14	16	14	14	16	16	16	16

Fonte: autora.

Tabela 11 - Resultados do IEP – completo

	Escala	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Pós	Seg. 3	Seg. 6
M1	Monitoria positiva	8	6	8					12	12	12
	Comportamento moral	10	10	10					9	10	10
	Punição inconsistente	2	2	2					0	0	0
	Negligência	0	0	0					0	0	0
	Disciplina relaxada	5	6	6					3	3	2
	Monitoria negativa	6	6	8					5	5	4
	Abuso físico	0	0	0					1	1	1
	Índice de estilo parental	5	2	2					12	13	15
M2	Monitoria positiva	11	6	8	8	8			10	12	12
	Comportamento moral	11	10	10	10	10			10	10	10
	Punição inconsistente	3	2	2	2	2			3	0	0
	Negligência	2	0	0	0	0			2	0	0
	Disciplina relaxada	2	6	6	6	6			1	1	1
	Monitoria negativa	8	6	8	8	8			6	5	5
	Abuso físico	2	0	0	0	0			1	1	1
	Índice de estilo parental	5	2	2	2	2			7	15	15
P2	Monitoria positiva	10	6	8	8	8			11	11	11

	Comportamento moral	12	10	10	10	10			6	6	10
	Punição inconsistente	0	2	2	2	2			0	0	0
	Negligência	2	0	0	0	0			2	2	2
	Disciplina relaxada	1	6	6	6	6			1	1	1
	Monitoria negativa	4	6	8	8	8			3	3	3
	Abuso físico	0	0	0	0	0			0	0	0
	Índice de estilo parental	15	2	2	2	2			11	11	15
M3	Monitoria positiva	8	6	8	8	8	8	8	11	11	11
	Comportamento moral	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10
	Punição inconsistente	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
	Negligência	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	Disciplina relaxada	5	6	6	6	6	6	6	2	2	2
	Monitoria negativa	6	6	8	8	8	8	8	4	4	4
	Abuso físico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Índice de estilo parental	5	2	2	2	2	2	2	10	11	11

Fonte: autora.

Tabela 12- Resultados do RE-HSEP – por conteúdo – completo

		Linha de Base		Avaliação Seguimento		Manutenção - 3 meses		Manut. 6 meses	
		E	Classificação	E	Classificação	E	Classificação	E	Classificação
C1									
	HSE-P	5	Escore Clínico	16	Escore não clínico	19	Escore não clínico	19	Escore não clínico
	HS	9	Escore não clínico	19	Escore não clínico	19	Escore não clínico	19	Escore não clínico
	CONT	3	Escore Clínico	29	Escore não clínico	26	Escore não clínico	26	Escore não clínico
	PR NEG	8	Escore Clínico	7	Escore Clínico	5	Escore não clínico	5	Escore não clínico
	PROBL	6	Escore não clínico	6	Escore não clínico	9	Escore Clínico	6	Escore não clínico

	Total Positivo	17	Escore Limítrofe	64	Escore não clínico	64	Escore não clínico	64	Escore não clínico
	Total Negativo	14	Escore Clínico	13	Escore Limítrofe	14	Escore Clínico	11	Escore não clínico
C2									
	HSE-P	15	Escore não clínico	20	Escore não clínico	18	Escore não clínico	19	Escore não clínico
	HS	15	Escore não clínico	21	Escore não clínico	20	Escore não clínico	19	Escore não clínico
	CONT	25	Escore não clínico	36	Escore não clínico	31	Escore não clínico	31	Escore não clínico
	PR NEG	16	Escore Clínico	7	Escore Clínico	8	Escore Clínico	5	Escore não clínico
	PROBL	9	Escore Clínico	5	Escore não clínico	5	Escore não clínico	6	Escore não clínico
	Total Positivo	55	Escore não clínico	77	Escore não clínico	69	Escore não clínico	69	Escore não clínico
	Total Negativo	25	Escore Clínico	12	Escore não clínico	13	Escore Limítrofe	11	Escore não clínico
C3									
	HSE-P	12	Escore não clínico	9	Escore Limítrofe	20	Escore não clínico	19	Escore não clínico
	HS	15	Escore não clínico	24	Escore não clínico	23	Escore não clínico	23	Escore não clínico
	CONT	17	Escore não clínico	36	Escore não clínico	29	Escore não clínico	31	Escore não clínico
	PR NEG	12	Escore Clínico	11	Escore Clínico	13	Escore Clínico	11	Escore Clínico
	PROBL	14	Escore Clínico	9	Escore Clínico	13	Escore Clínico	9	Escore Clínico
	Total Positivo	44	Escore não clínico	69	Escore não clínico	72	Escore não clínico	73	Escore não clínico
	Total Negativo	26	Escore Clínico	20	Escore Clínico	26	Escore Clínico	20	Escore Clínico

Fonte: autora.

Tabela 13 - Resultados do RE-HSEP – por frequência- completo

		Linha de Base		Avaliação Seguimento		Manutenção - 3 meses		Manut. 6 meses	
		E	Classificação	E	Classificação	E	Classificação	E	Classificação
C1	HSE-P	8	Escore Clínico	14	Escore não clínico	14	Escore não clínico	14	Escore não clínico
	HS	10	Escore Clínico	12	Escore Limítrofe	14	Escore não clínico	14	Escore não clínico

C2	CONT	2	Escore Clínico	0	Escore Clínico	2	Escore Clínico	2	Escore Clínico
	PR NEG	10	Escore não clínico	7	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico
	PROBL	2	Escore não clínico	2	Escore não clínico	0	Escore não clínico	0	Escore não clínico
	Total Positivo	20	Escore Clínico	26	Escore não clínico	30	Escore não clínico	30	Escore não clínico
	Total Negativo	12	Escore não clínico	9	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico
	HSE-P	14	Escore não clínico	14	Escore não clínico	13	Escore não clínico	14	Escore não clínico
	HS	10	Escore Clínico	14	Escore não clínico	12	Escore Limítrofe	14	Escore não clínico
	CONT	0	Escore Clínico	0	Escore Clínico	2	Escore Clínico	2	Escore Clínico
	PR NEG	10	Escore não clínico	7	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico
	PROBL	1	Escore não clínico	1	Escore não clínico	0	Escore não clínico	0	Escore não clínico
C3	Total Positivo	24	Escore Limítrofe	28	Escore não clínico	27	Escore não clínico	30	Escore não clínico
	Total Negativo	11	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico
	HSE-P	11	Escore Limítrofe	12	Escore Limítrofe	15	Escore não clínico	14	Escore não clínico
	HS	12	Escore Limítrofe	16	Escore não clínico	14	Escore não clínico	14	Escore não clínico
	CONT	1	Escore Clínico	3	Escore Clínico	2	Escore Clínico	2	Escore Clínico
	PR NEG	11	Escore Clínico	6	Escore não clínico	8	Escore não clínico	8	Escore não clínico
	PROBL	2	Escore não clínico	2	Escore não clínico	1	Escore não clínico	0	Escore não clínico
	Total Positivo	24	Escore Limítrofe	31	Escore não clínico	31	Escore não clínico	30	Escore não clínico
	Total Negativo	13	Escore Limítrofe	8	Escore não clínico	9	Escore não clínico	8	Escore não clínico

Fonte: autora.

27. APÊNDICE G – TABELAS DE RESULTADOS CRIANÇAS - POR INSTRUMENTO

Tabela 14 - Resultados do ABC – por frequência- completo

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Pós	Seg. 3	Seg. 6
C 1	Irritabilidade	10	11	10					7	4	4
	Letargia	0	0	0					0	0	0
	Comportamento Estereotipado	8	7	8					5	0	1
	Hiperatividade	31	28	31					18	2	5
	Fala inapropriada	9	10	11					7	4	4
	Total	58	56	60					37	10	14
C 2	Irritabilidade	11	9	10	10	11			5	4	4
	Letargia	2	2	2	2	2			2	2	2
	Comportamento Estereotipado	2	2	2	2	2			2	0	1
	Hiperatividade	11	8	8	10	9			6	12	11
	Fala inapropriada	8	8	7	8	8			5	5	4
	Total	34	29	29	32	32			20	23	22
C 3	Irritabilidade	22	22	25	22	24	23	24	11	8	8
	Letargia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Comportamento Estereotipado	9	9	9	9	9	9	9	7	5	5

Hiperatividade	9	9	9	9	9	9	9	7	10	10
Fala inapropriada	6	6	6	6	6	6	6	5	7	7
Total	46	46	49	46	48	47	48	30	30	30

Fonte: autora.

Tabela 15 - Resultados do IPC/BPI – por frequência- completo

ESCALAS	C1				C2				C3			
	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Comp.de auto agressão	0	0	0	0	0	0	4	4	14	4	4	4
Comp. estereotipado	22	14	2	5	7	6	4	4	27	21	18	18
Comp. agressivo/destrutivo	3	0	0	1	0	0	0	0	8	5	8	6

Fonte: autora.

Tabela 16 - Resultados do SDQ – por frequência- completo

ESCALAS	C1				C2				C3			
	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Sintomas emocionais	4	1	1	1	3	2	0	0	10	4	4	4
Problemas de conduta	4	3	2	2	2	1	1	1	5	3	3	4
Hiperatividade	6	5	4	4	8	5	4	4	8	6	5	4
Probl. de relac. com colegas	4	3	3	3	5	3	1	2	2	1	1	1
Comportamento pro-social	10	10	10	10	10	10	10	10	6	9	8	9
Total dificuldades	18	12	10	10	18	11	6	7	25	14	13	13

Fonte: autora.

Tabela 17 - Resultados do SSRS – por frequência- completo

ESCALAS	C1				C2				C3			
	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Fatores de proteção	30	37	36	36	25	35	31	34	23	27	27	27
Responsabilidade	4	6	6	6	6	5	5	5	3	5	4	5
Autocontrole	3	4	3	3	5	8	5	8	4	3	4	3
Afetividade/Cooperação	10	12	12	12	7	11	9	11	6	8	9	8
Desenvoltura social	8	8	8	8	5	7	6	6	4	4	3	4
Civilidade	5	7	7	7	2	4	6	4	6	7	7	7
Probl. de Comportamento	23	11	7	10	15	12	10	9	12	13	12	10
Probl. externalizantes	17	7	5	6	12	8	6	6	5	7	8	5
Probl. Internalizantes	6	4	2	4	3	4	4	3	8	6	4	5

Fonte: autora.

Tabela 18 - Resultados do QRSB – por frequência- completo

	Escala	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Pós	Seg. 3	Seg. 6
C1	Disponibilidade social	9	9	9					11	12	12
	Enfrentamento	9	10	8					10	10	10
	Expressa sentimentos	3	3	3					4	4	4
	Cooperação	4	4	4					4	4	4
	TOTAL	31	32	30					35	36	36
C2	Disponibilidade social	10	10	10	10	12			12	12	12
	Enfrentamento	2	2	2	2	3			7	8	10
	Expressa sentimentos	4	4	4	4	4			3	4	4
	Cooperação	4	4	4	4	4			4	4	4
	TOTAL	25	25	25	25	28			32	34	36
C3	Disponibilidade social	7	8	8	7	8	8	8	10	10	10
	Enfrentamento	7	6	6	7	6	6	7	7	7	7
	Expressa sentimentos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Cooperação	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4
	TOTAL	26	26	25	25	26	26	27	31	31	31

Fonte: autora.

Tabela 19 - Resultados da SRS-2 – por frequência – completo

ESCALAS	C1				C2				C3			
	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6	LB	Pós	Seg. 3	Seg. 6
Percepção social	15	6	4	4	15	11	5	11	7	9	7	9
Cognição social	23	14	18	18	23	11	12	11	14	22	20	22
Comunicação social	21	20	12	12	21	14	11	14	36	20	19	20
Motivação social	7	10	15	15	7	8	6	8	13	8	7	8
Padrões restritos e repetitivos	18	15	14	14	18	18	15	18	18	17	16	17
Comunicação e interação social	66	50	49	49	66	44	34	44	70	59	53	59
Escore total	84	65	63	63	84	62	49	62	88	76	69	76

Fonte: autora.

28. APÊNDICE H – TABELAS DE RESULTADOS PAIS – JT

Tabela 20 - Comparação JT pré e pós - significância clínica DASS-21

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
DASS	Depressão	-4.058	MNC	-1.015	AM	4.058	MPC	3.044	MPC
	Ansiedade	0.000	AM	-3.055	MNC	0.000	AM	0.000	AM
	Estresse	0.000	AM	-3.198	MNC	-2.399	MNC	8.795	MPC

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 21 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica DASS-21

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
DASS	Depressão	0.000	AM	-1.015	AM	0.000	AM	6.087	MPC
	Ansiedade	0.000	AM	-3.055	MNC	-3.055	MNC	6.110	MPC
	Estresse	0.000	AM	-4.797	MNC	-2.399	MNC	10.394	MPC

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 22 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica DASS-21

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
DASS	Depressão	0.000	AM	0.000	AM	3.044	MPC	6.087	MPC
	Ansiedade	0.000	AM	-1.018	AM	-1.018	AM	6.110	MPC

Estresse	0.000	AM	0.800	AM	-0.800	AM	10.394	MPC
-----------------	-------	----	-------	----	--------	----	--------	-----

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 23 - Comparação JT pré e pós - significância clínica RE-HSEP

Escala	Fator	M1		M2		M3	
RE-HSEP	HSEP	4.286	MPC	0.000	AM	0.714	AM
	Habilidades Sociais	0.971	AM	1.943	AM	1.943	AM
	Contexto	-0.634	AM	0.000	AM	0.634	AM
	Total positivo	1.236	AM	0.824	AM	1.442	AM
	Práticas negativas	0.889	AM	0.889	AM	1.482	AM
	Problema de comportamento	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Total negativo	0.286	AM	3.723	MPC	1.718	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 24 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica RE-HSEP

Escala	Fator	M1		M2		M3	
RE-HSEP	HSEP	2.143	MPC	-0.714	AM	2.857	MPC
	Habilidades Sociais	1.943	AM	0.971	AM	0.971	AM
	Contexto	0.000	AM	0.634	AM	0.317	AM
	Total positivo	2.061	MPC	0.618	AM	1.442	AM

Práticas negativas	0.593	AM	0.593	AM	0.889	AM
Problema de comportamento	0.416	AM	0.208	AM	0.208	AM
Total negativo	1.146	AM	0.859	AM	1.146	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 25 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica RE-HSEP

Escala	Fator	M1		M2		M3	
RE-HSEP	HSEP	2.143	MPC	-0.714	AM	2.857	MPC
	Habilidades Sociais	1.943	AM	1.943	AM	0.971	AM
	Contexto	0.000	AM	0.634	AM	0.317	AM
	Total positivo	2.061	MPC	1.236	AM	1.236	AM
	Práticas negativas	0.593	AM	0.593	AM	0.889	AM
	Problema de comportamento	0.416	AM	0.208	AM	0.416	AM
	Total negativo	1.146	AM	0.859	AM	1.146	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 26 - Comparação JT pré e pós - significância clínica QRC

	Fator	M1		M2		P2		M3	
QRC	Comunicação e percepções	3.850	MPC	0.350	AM	0.700	AM	0.000	AM
	Ações e corresponsabilidade	3.218	MPC	0.919	AM	0.460	AM	0.460	AM

	Recebe afeto positivo	4.123	MPC	1.178	AM	0.000	A.M	1.178	AM
	Expressa afeto positivo	3.187	A.M	1.594	AM	0.000	A.M	0.531	AM
	Ações e percepções positivas	3.735	MPC	0.415	AM	0.415	AM	0.000	AM
	Ações e percepções negativas	1.057	AM	0.529	AM	0.000	AM	-1.586	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 27 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica QRC

Fator		M1		M2		P2		M3	
QRC	Comunicação e percepções	5.250	MPC	-3.150	MNC	0.700	AM	0.000	AM
	Ações e corresponsabilidade	5.056	MPC	0.000	AM	0.000	AM	0.460	AM
	Recebe afeto positivo	5.301	MPC	0.000	AM	0.589	AM	1.178	AM
	Expressa afeto positivo	4.250	MPC	0.000	AM	0.531	AM	0.531	AM
	Ações e percepções positivas	4.150	MPC	0.000	AM	1.245	AM	0.000	AM
	Ações e percepções negativas	1.586	AM	-1.586	AM	0.529	AM	-1.586	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 28 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica QRC

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
QRC	Comunicação e percepções	5.600	MPC	-1.750	AM	0.350	AM	0.000	AM
	Ações e corresponsabilidade	4.597	MPC	0.000	AM	0.000	AM	1.379	AM

	Recebe afeto positivo	4.123	MPC	0.000	AM	0.589	AM	1.767	AM
	Expressa afeto positivo	3.187	MPC	0.000	AM	0.531	AM	0.531	AM
	Ações e percepções positivas	3.735	MPC	0.415	AM	1.245	AM	0.000	AM
	Ações e percepções negativas	1.586	AM	-1.057	AM	0.000	AM	-1.586	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 29 - Comparação JT pré e pós - significância clínica IHS

	Fator	M1		M2		P2		M3	
IHS	Total	0.740	AM	1.202	AM	1.480	AM	0.000	AM
	Conversação assertiva	1.368	AM	2.052	MPC	1.710	AM	-3.420	MNC
	Abordagem afetivo-sexual	0.000	AM	0.000	AM	2.589	MPC	2.589	MPC
	Expressão de sentimento positivo	0.823	AM	1.234	AM	1.645	AM	1.645	AM
	Autocontrole/enfrentamento	0.705	AM	1.409	AM	0.000	AM	1.409	AM
	Desenvoltura social	0.000	AM	1.432	AM	0.716	AM	0.716	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 30 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica IHS

	Fator	M1		M2		P2		M3	
IHS	Total	0.555	AM	-1.110	AM	1.202	AM	1.480	AM

Conversação assertiva	1.368	AM	-1.710	AM	1.368	AM	-3.420	MNC
Abordagem afetivo-sexual	0.000	AM	0.000	AM	1.294	AM	7.766	MPC
Expressão de sentimento positivo	0.823	AM	-2.468	MNC	2.056	MPC	1.645	AM
Autocontrole/enfrentamento	0.705	AM	0.000	AM	0.705	AM	0.705	AM
Desenvoltura social	0.000	AM	-1.432	AM	0.716	AM	0.716	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 31 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica IHS

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IHS	Total	1.110	AM	-0.092	AM	1.397	AM	1.665	AM
	F1 - Conversação assertiva	1.368	AM	-0.342	AM	1.710	AM	-3.420	MNC
	F2 - Abordagem afetivo-sexual	0.000	AM	0.647	AM	2.589	MPC	7.766	MPC
	F3 - Expressão de sentimento positivo	0.823	AM	-2.056	MNC	1.645	AM	1.645	AM
	F4 - Autocontrole/enfrentamento	0.705	AM	0.000	AM	0.705	AM	1.409	AM
	F5 - Desenvoltura social	0.000	AM	-1.432	AM	0.716	AM	0.716	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 32 - Comparação JT pré e pós - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	2.571	MPC	0.000	AM	-2.571	MNC	1.286	AM
	Comportamento moral	-0.603	AM	0.000	AM	-2.412	MNC	0.000	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	-0.652	AM	1.304	AM	-0.652	AM
	Negligência	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM
	Disciplina relaxada	1.797	AM	2.995	MPC	2.995	MPC	-0.599	AM
	Monitoria negativa	1.406	AM	0.938	AM	2.344	MPC	0.469	AM
	Abuso físico	-1.005	AM	-1.005	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Índice de Estilo parental	2.311	MPC	1.156	AM	2.080	MPC	0.000	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 33 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	2.571	MPC	0.000	AM	-2.571	MNC	1.286	AM
	Comportamento moral	0.000	AM	0.000	AM	-2.412	MNC	0.603	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	1.304	AM	1.304	AM	-0.652	AM
	Negligência	0.000	AM	0.000	AM	-1.269	AM	-0.634	AM
	Disciplina relaxada	1.797	AM	2.995	MPC	2.995	MPC	-0.599	AM

Monitoria negativa	1.406	AM	1.406	AM	2.344	MPC	0.469	AM
Abuso físico	-1.005	AM	-1.005	AM	0.000	AM	0.000	AM
Índice de Estilo parental	2.542	MPC	3.004	MPC	2.080	MPC	0.231	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 34 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	1.928	AM	1.928	AM	1.928	AM	1.286	AM
	Comportamento moral	-2.412	MNC	-2.412	MNC	-2.412	MNC	-1.809	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	1.304	AM	-1.304	AM	0.000	AM
	Negligência	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM	0.000	AM
	Disciplina relaxada	2.995	MPC	2.995	MPC	2.995	MPC	0.000	AM
	Monitoria negativa	2.344	MPC	2.344	MPC	2.344	MPC	0.938	AM
	Abuso físico	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Índice de Estilo parental	2.080	MPC	2.080	MPC	2.080	MPC	2.080	MPC

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

29. APÊNDICE I – TABELAS DE RESULTADOS CRIANÇAS - JT

Tabela 35 - Comparação JT pré e pós - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.528	AM	1.222	AM	1.222	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 36 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.833	AM	1.833	AM	1.222	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 37 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.833	AM	2.444	MPC	1.222	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 38 - Comparação JT pré e pós - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	1.597	AM	3.194	MPC	6.921	MPC

Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
Comportamento Estereotipado	1.095	AM	0.000	AM	0.365	AM
Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
Fala inapropriada	2.174	MPC	1.630	AM	0.543	AM
Total	1.778	AM	0.928	AM	1.392	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 39 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	3.194	MPC	3.727	MPC	8.518	MPC
	Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Comportamento Estereotipado	2.919	MPC	0.730	AM	-0.365	AM
	Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
	Fala inapropriada	3.804	MPC	1.630	AM	-0.543	AM
	Total	3.866	MPC	0.696	AM	1.392	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 40 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	3.194	MPC	3.727	MPC	8.518	MPC

Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
Comportamento Estereotipado	2.554	MPC	0.365	AM	2.189	MPC
Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
Fala inapropriada	3.804	MPC	2.174	MPC	-0.543	AM
Total	3.557	MPC	0.773	AM	1.392	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 41 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Fatores De Proteção	1.966	MPC	2.808	MPC	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.732	AM
	Autocontrole	1.347	AM	2.021	MPC	-0.674	AM
	Afetividade/Cooperação	0.000	AM	1.785	AM	0.893	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	1.358	AM	0.000	AM
	Civilidade	1.360	AM	1.360	AM	0.680	AM
	Problemas De Comportamento	4.793	MPC	1.198	AM	-0.399	AM
	Problemas Externalizantes	7.392	MPC	2.2957	MPC	-1.478	AM
	Problemas Internalizantes	1.488	AM	-0.744	AM	0.744	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 42 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Escore Geral - Fatores De Proteção	1.685	AM	1.685	AM	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.366	AM
	Autocontrole	1.347	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Afetividade/Cooperação	0.000	AM	0.893	AM	1.339	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	0.679	AM	-0.679	AM
	Civilidade	1.360	AM	2.719	MPC	0.680	AM
	Escore Geral - Problemas De Comportamento	6.391	MPC	1.997	MPC	0.000	AM
	Problemas Externalizantes	8.870	MPC	4.435	MPC	-2.218	MNC
	Problemas Internalizantes	2.976	MPC	-0.744	AM	2.232	MPC

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 43 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Escore Geral - Fatores De Proteção	1.685	AM	2.527	AM	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.732	AM
	Autocontrole	0.000	AM	2.021	MPC	-0.674	AM
	Afetividade/Cooperação	0.893	AM	1.785	AM	0.893	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	0.679	AM	0.000	AM

Civilidade	1.360	AM	1.360	AM	0.680	AM
Escore Geral - Problemas De Comportamento	5.192	MPC	2.397	MPC	0.799	AM
Problemas Externalizantes	8.131	MPC	4.435	MPC	0.000	AM
Problemas Internalizantes	1.488	AM	0.000	AM	1.488	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 44 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.143	AM	1.334	AM	2.096	MPC
	Sintomas Emocionais	1.289	AM	0.430	AM	2.577	MPC
	Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.683	AM
	Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
	Problemas de conduta	0.490	AM	0.490	AM	0.980	AM
	Problemas com colegas	0.507	AM	1.014	AM	0.507	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 45 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.525	AM	2.287	MPC	2.287	MPC

Sintomas Emocionais	1.289	AM	1.289	AM	2.577	MPC
Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.122	AM
Hiperatividade	0.811	AM	1.622	AM	0.811	AM
Problemas de conduta	0.980	AM	0.490	AM	0.980	AM
Problemas com colegas	0.507	AM	2.029	MPC	0.507	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.

Tabela 46 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.525	AM	2.287	MPC	2.287	MPC
	Sintomas Emocionais	1.289	AM	1.289	AM	2.577	MPC
	Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.683	AM
	Hiperatividade	0.811	AM	1.622	AM	1.622	AM
	Problemas de conduta	0.980	AM	0.490	AM	0.490	AM
	Problemas com colegas	0.507	AM	2.029	MPC	0.507	AM

Legenda: AM: Ausência de mudança; MPC Mudança positiva confiável; MNC: Mudança negativa confiável.

Fonte: autora.