

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS – UNESP – BAURU
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Natália Pinheiro Orti

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS E VARIÁVEIS DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO
COM MÃES DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS INTERNALIZANTES**

**BAURU
2014**

Natália Pinheiro Orti

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS E VARIÁVEIS DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO COM
MÃES DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS INTERNALIZANTES**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título
de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Julio de
Mesquita Filho” – Programa de Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração:
Desenvolvimento e Aprendizagem. Orientadora: Profª *Adja*.
Alessandra Turini Bolsoni-Silva.

**Bauru
2014**

Orti, Natália Pinheiro.

Avaliação dos efeitos e variáveis do processo de intervenção com mães de crianças com problemas internalizantes / Natália Pinheiro Orti, 2014
112 f.

Orientador: Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2014

1. Problemas internalizantes. 2. Práticas parentais. 3. Intervenção com pais. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vitório e Eunice, agradeço imensamente todos os ensinamentos, apoio e incentivos que recebi de vocês ao longo da vida. Com vocês, aprendi a me sentir segura para desenvolver meus caminhos.

Vitor, meu querido irmão e amigo, te agradeço por toda cumplicidade e carinho.

Geraldo, meu querido noivo, te agradeço pelas demonstrações de amor e companheirismo. Em especial, agradeço todo apoio e incentivo às minhas realizações acadêmicas e profissionais. Certamente, minha admiração pelo pesquisador e professor que você é serviu de inspiração em diversos momentos importantes dessa trajetória.

Às minhas avós Maria e Doraci, agradeço a dedicação que vocês tiveram em demonstrar a mim e a todos os netos a importância e o valor de estudar e buscar sempre aprimorar nosso desenvolvimento. Vocês duas são exemplos de dignidade e dedicação, obrigada.

À minha orientadora, Alessandra Turini Bolsoni-Silva, agradeço por toda atenção, apoio e diversos incentivos que recebi desde o estágio na graduação, quando me apaixonei definitivamente pela clínica e pelo trabalho como terapeuta. Sou muito grata pelos modelos, oportunidades e aprendizados que obtive durante a pesquisa. Nossas conversas e nosso trabalho me inspiraram de muitas formas, obrigada.

A todos os meus queridos amigos agradeço o privilégio da amizade e companheirismo. Meu agradecimento especial à querida Raquel Spaziani pelo carinho de sempre e pelas palavras de apoio confiança em momentos decisivos.

Aos amigos e sócios, Alessandra Salina, Fernanda Pezzato e Florêncio M. Costa Junior, agradeço o privilégio de conviver e trabalhar com pessoas tão queridas e admiráveis como vocês. Obrigada por todo apoio e projetos compartilhados.

Aos colegas que tive a oportunidade de conhecer e admirar no mestrado, Priscila Carvalho Kanamota, Alessandra Pereira Falcão e Vagner Angelo Garcia, foi muito bom compartilhar com vocês os momentos e aprendizados ao longo desses anos. Agradeço toda a ajuda e incentivos. Agradeço em especial toda a dedicação e compromisso de Mayara Matsunaka e Maísa Kich Grecco com esse trabalho, a participação de vocês foi fundamental. Agradeço também as participações de Ana Jô Jennings Moraes e Luiz Antônio Lourencetti.

Às mães participantes dessa pesquisa, que me deram a oportunidade de aprender tanto, agradeço a confiança, envolvimento e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido.

Agradeço às professoras Patricia Alvarenga e Luciana Carla dos Santos Elias pela disponibilidade e contribuições que trouxeram a esse trabalho.

À CAPES, agradeço o incentivo e apoio financeiro.

ORTI, Natália Pinheiro. **Avaliação dos efeitos e variáveis do processo de intervenção com mães de crianças com problemas internalizantes.** 2014. 112f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

RESUMO: Problemas internalizantes, como ansiedade e depressão, tem sua origem e manutenção relacionados a diferentes tipos de variáveis, dentre elas as práticas parentais. Entretanto, raramente são pesquisadas intervenções parentais para a prevenção e tratamento de problemas internalizantes. A presente pesquisa consiste em três estudos complementares sobre essa temática. Foi feita uma revisão de literatura pela qual foram mapeados preditores relacionados a manutenção e prevenção de problemas internalizantes com relação à variáveis relacionadas à saúde mental dos pais e suas práticas parentais, bem como foram avaliadas intervenções que incluíssem os pais na prevenção de problemas internalizantes. O segundo estudo corresponde à avaliação dos efeitos de uma intervenção semi-estruturada conduzida exclusivamente com mães. Três casos clínicos foram conduzidos e analisados como sujeitos únicos, a partir do consentimento das participantes. A intervenção visava promover o desenvolvimento de práticas parentais indicadas como positivas pela literatura sobre problemas de comportamento, mas de modo contingente às dificuldades e demandas de cada caso. Foram usados diferentes instrumentos de relato validados nas avaliações de linha de base, pré-teste, pós-teste e seguimento para avaliação dos efeitos do procedimento. Os principais efeitos da intervenção incluem a remissão de problemas internalizantes, aumento na frequência de habilidades sociais infantis, aumento na frequência de práticas parentais positivas e redução na variabilidade de práticas parentais negativas. O terceiro estudo teve por objetivo investigar variáveis do processo clínico que caracterizaram os casos, a partir da categorização de queixas, conteúdo desenvolvido e comportamentos de interação terapeuta-cliente. As queixas mais frequentes foram práticas parentais negativas e os temas mais frequentemente desenvolvidos com relação aos filhos foram sobre a expressão habilidosa de sentimentos positivos e negativos. Encontrou-se que as mães se queixavam de problemas

externalizantes não diagnosticados e habilidades sociais de enfrentamento dos filhos. Os comportamentos mais frequentes da terapeuta foram solicitação de reflexão, empatia e interpretação. As clientes apresentaram alta frequência de estabelecimento de relações e expressiva frequência de diferentes tipos de relato de melhora. As correlações entre comportamentos da terapeuta e das clientes foram encontradas e discutidas enquanto explicitação de pressupostos previstos pelo procedimento adotado e variações decorrentes da aplicação flexível e individualizada para cada cliente. São discutidas implicações dos três estudos para prevenção de problemas internalizantes.

Palavras-chave: problemas internalizantes; práticas parentais; intervenção com pais

ABSTRACT: Internalizing problems such as anxiety and depression are related and maintained to different types of variables, including parenting practices. However, rarely parent interventions to prevent and treat internalizing problems are studied. This research consists of three complementary studies on this topic. A literature review was conducted, in which there were identified predictors related to the maintenance and prevention of internalizing problems concerning parenting practices and parents psychopathology. Interventions which included parents in the prevention of internalizing problems were also assessed e discussed. The second study refers to the evaluation of the effects of a semi - structured intervention conducted exclusively with mothers of internalizing children. Three clinical cases were studied from the consent of the participants. The intervention aimed to promote the development of positive parenting practices as indicated by the literature on behavioral problems, but contingently to the difficulties and demands of each case. Different reporting instruments were used at baseline, pretest, posttest and follow-up to assess the effects of the intervention procedure. The main results include the remission of internalizing problems to non-clinical level, increased frequency of children's social skills, increased frequency of positive parenting practices and reduced variability of negative parenting practices. The third study aimed to investigate variables in the clinical process that could characterize the cases through the categorization of complaints, developed content and therapist-client interaction behaviors. The most frequent complaints of mothers were their own negative parenting practices and the contents most often developed in concern to the children were the skillful expression of positive and negative emotions by the mothers. It was found that mothers complained of undiagnosed externalizing problems and children social skills. The most common therapist behaviors were request of reflection, empathy and interpretation. Mothers presented high frequency of establishing explicative relations and expressive frequency of improvements report. Correlations between the behaviors of the

therapist and the mothers were found and discussed as predicted principles established by the intervention model adopted as well as variations due to flexible and individualized application to each case. Implications of the three studies for the prevention of internalizing problems were discussed.

Key-words: internalizing problems; parenting practices; parent intervention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 ESTUDO 1:	14
2.1 Introdução	15
2.2 Método	19
2.3 Resultados	21
2.4 Discussão	28
2.5 Considerações finais	34
2.6 Referencias	36
3 ESTUDO 2	41
3.1 Introdução	42
3.2 Método	46
3.3 Resultados	57
3.4 Discussão.....	61
3.5 Considerações finais	66
3.6 Referencias	68
4 ESTUDO 3	73
4.1 Introdução	74
4.2 Método	78
4.3 Resultados	83
4.4 Discussão	91
4.5 Considerações finais	101
4.6 Referencias	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	110
ANEXO	113

INTRODUÇÃO

Problemas de comportamento, em uma perspectiva funcional, consistem em déficits ou excessos comportamentais que dificultam o acesso a contingências de reforçamento relevantes para o desenvolvimento (BOLSONI-SILVA, 2003). Por essa definição, entende-se que os problemas de comportamento concorrem com a saúde mental e desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes e por isso consistem em um importante foco de estudo para a Psicologia.

Problemas de comportamento podem ser classificados como externalizantes ou internalizantes (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). Os problemas externalizantes (que incluem os comportamentos ligados ao padrão opositor-desafiador e os problemas de conduta) compõem a maior parte das queixas de pais e professores e agregam mais pesquisas em torno das variáveis determinantes e intervenções (LAMBERT et al., 2001; PACHECO; HUTZ, 2009; PATTERSON; REID; DISHION, 2002; PESCE, 2009).

Os problemas de comportamento chamados internalizantes incluem os comportamentos ligados a ansiedade, depressão e somatizações (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). A literatura classifica enquanto principais tipos de transtornos de ansiedade na infância e adolescência fobias específicas, fobia social, ansiedade de separação, problemas obsessivo-compulsivos, ataques de pânico e ansiedade generalizada (TANDON et al., 2009). Entre os problemas de comportamento ligados à ansiedade encontram-se as demonstrações de dependência, diferentes tipos de medo, nervosismo, preocupações e insegurança. Como é frequente e comum que se experimente em algum momento da infância diferentes medos, principalmente de escuro, animais específicos, barulhos, situações novas e estranhas e mudanças súbitas, ainda existe uma dificuldade na diferenciação de ansiedades típicas e transitórias da ansiedade em nível clínico. Em termos gerais, o que define a

ansiedade enquanto problema na infância é o grau de prejuízo, estresse, incontrollabilidade, caráter invasivo, e persistência dos sintomas (TANDON et al., 2009).

Problemas de humor do tipo depressão em crianças escolares e adolescentes caracterizam-se pelos mesmos sintomas da depressão em adultos (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). Tristeza ou humor irritável foram os sintomas típicos de depressão mais encontrados entre os pré-escolares considerados deprimidos, entretanto são sintomas que também ocorra em outros grupos não clínicos em frequência menor). Anedonia ou falta de prazer em atividades foi o sintoma mais específico na caracterização de crianças deprimidas, uma vez que só ocorre entre aqueles com depressão, além de ser um sintoma indicativo da severidade, tal qual ocorre com adultos (TANDON et al., 2009). Problemas de humor ou depressão em crianças escolares e adolescentes caracterizam-se pela alta frequência de comportamentos como apresentar pouco prazer e satisfação nas atividades, chorar, machucar a si mesmo ou autolesão, recusa-se em comer, sentir-se sem valor, culpa, cansaço, sono excessivo ou escasso, problemas para dormir, pensamentos ou atividades relacionadas à morte ou suicídio, lentidão dos movimentos ou falta de disposição para atividades e tristeza (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). Também foram encontradas evidências sobre falas e expressões lúdicas sobre morte e suicídio enquanto sintoma depressivo na primeira infância. Tais achados contrariam a ideia historicamente difundida de que crianças tinham alta probabilidade de produzir somatizações, mas não sintomas depressivos (TANDON et al., 2009).

Os problemas internalizantes frequentemente não são reconhecidos pelas ambiente, especialmente porque os sintomas são caracterizados pelo excesso de autocontrole da criança (MERRELL, 2008). Nesse sentido, raramente são alvo de queixa por parte de pais e professores e poucas pesquisas dedicam-se a identificar variáveis específicas com relação a internalização e intervenções que possam ser eficazes. Entretanto, destacam-se consequências

de longo prazo altamente prejudiciais ao desenvolvimento, como auto-estima diminuída, problemas acadêmicos, relacionamentos pobres, problemas de saúde mental crônicos, por exemplo fobia social, depressão, abuso de substâncias, transtornos de personalidade e pensamentos suicidas (MERRELL, 2008).

Apesar do quanto se avançou com relação a caracterização de sintomas e quadros diagnósticos internalizantes (MERRELL, 2008) restaram lacunas sobre modelos explicativos e intervenções com evidências de eficácia e efetividade. Diferentes tipos de variáveis são associadas aos problemas internalizantes. Sabe-se que crianças com problemas internalizantes apresentam temperamento retraído (JAKOBSEN; HORWOOD; FERGUSON, 2012) e reatividade emocional negativa ou dificuldade na regulação das emoções (MORGAN et al., 2012). Variáveis culturais (SAVINA et al., 2011) e demográficas (WINTER et al., 2011) são correlacionadas ao desenvolvimento de problemas internalizantes, bem como eventos estressantes como a exposição da criança à violência contra uma pessoa próxima (CONNERS-BURROW et al., 2013), problemas com preconceito e discriminação (SANCHEZ; LAMBERT; COOLEY-STRICKLAND, 2013), problemas de saúde (STEVENS et al., 2005), dor crônica (CAMPO et al., 2004) e dificuldades na adaptação escolar (BAKER; GRANT; MORLOCK, 2008). Dentre os fatores de risco relacionados a socialização de crianças com problemas internalizantes encontram-se as dificuldades quanto a fazer amigos (STEVENS et al., 2005), a emotividade negativa com conflitos na relação com irmãos e déficits de habilidades sociais com pares (MORGAN et al., 2012).

Diversos estudos têm mostrado relações entre as práticas parentais e/ou habilidades sociais de pais e problemas de comportamento dos filhos (ALVARENGA; PICCINI, 2007; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2008; RICHMOND; STOCKER, 2008; CIA et al., 2006; SALVO; SILVARES; TONI, 2005). A família proporciona o primeiro e mais importante contexto interpessoal para o desenvolvimento humano e nesse sentido as famílias

têm uma profunda influência sobre a saúde mental das crianças (GOMIDE, 2004; COELHO; MURTA, 2007). As intervenções para prevenção e tratamento de problemas de comportamento externalizantes frequentemente envolvem ou enfatizam a participação dos pais (WEISZ et al., 2004); uma vez que o papel das práticas parentais na origem e manutenção desses problemas está mais evidente na literatura. No caso dos problemas internalizantes as variáveis familiares comumente associadas aos problemas familiares são depressão parental, problemas conjugais, menor coesão familiar, práticas parentais inefetivas e relações de apego inseguro (DOZOIS; DOBSON, 2004; MERRELL, 2008). Portanto, parece relevante que práticas parentais específicas ligadas aos diferentes tipos de problemas de comportamento sejam identificadas e operacionalizadas, o que traz implicações diretas para o aprimoramento de programas de prevenção e tratamento.

Há estudos que avaliam a intervenção com pais cujos filhos apresentam diferentes tipos problemas externalizantes e internalizantes associados (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008, COSTA; SILVARES, 2003), mas há uma tendência concomitante de que as intervenções sejam desenvolvidas e avaliadas junto a populações com demandas específicas, no sentido de aumentar a eficácia e efetividade (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002). Outros benefícios para a investigação de intervenções com populações e diagnósticos mais específicos envolvem as possibilidades de análise das variáveis do processo clínico, as quais permitem a formulação de hipóteses sobre os mecanismos de funcionamento da intervenção e contribuem para a formação profissional e prestação de serviços em Psicologia (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002).

É nesse contexto que essa pesquisa teve por objetivo geral aprimorar o conhecimento sobre práticas parentais específicas relacionadas à manutenção e à prevenção de problemas internalizantes. A pesquisa foi organizada e desenvolvida enquanto três estudos distintos e complementares.

No primeiro estudo, estabeleceu-se como objetivo a) revisar associações entre práticas parentais ou psicopatologia parental e problemas internalizantes na infância e adolescência; assim como b) revisar e caracterizar pesquisas de intervenções com componente parental para tratamento ou prevenção de problemas de comportamento internalizantes na infância e adolescência. Diante das evidências sobre o papel das práticas parentais sobre o desenvolvimento de problemas internalizantes e diante das lacunas metodológicas encontradas nas intervenções avaliadas pelo Estudo 1, estabeleceu-se como objetivo do Estudo 2 avaliar os efeitos de um procedimento semi-estruturado de intervenção com mães de crianças com problemas exclusivamente internalizantes. A partir de resultados bem sucedidos quanto à redução dos problemas internalizantes para níveis não-clínicos a partir de mudanças das clientes quanto a frequência e variabilidade de diferentes práticas parentais se fez relevante investigar possíveis variáveis do processo terapêutico que permitissem estabelecer hipóteses explicativas sobre os mecanismos de produção de tais resultados da intervenção, o que consistiu no objetivo do Estudo 3.

ESTUDO 1

Problemas internalizantes: revisão sobre preditores e intervenções relacionadas às práticas parentais

RESUMO: Problemas internalizantes como ansiedade ou depressão na infância e adolescência ainda são temas pouco investigados, especialmente quanto ao papel da família na prevenção e manutenção de tais dificuldades. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo revisar a literatura sobre preditores e procedimentos de intervenção para problemas internalizantes relacionados a psicopatologia parental e práticas parentais. Diferentes combinações de palavras-chave de interesse foram aplicadas ao mecanismo de busca avançada do portal de periódicos da CAPES. Somente artigos publicados em periódicos científicos foram considerados. Foram analisados e categorizados 26 resumos dos estudos sobre preditores, pelos quais foram identificadas onze categorias de práticas parentais negativas, três de problemas de psicopatologia parental e duas de práticas parentais positivas. Foram encontrados apenas 5 estudos de intervenção que incluíam um procedimento para pais, os quais foram analisados na íntegra. Todas as intervenções foram avaliadas experimentalmente. O número de participantes e o número de sessões variaram conforme o estudo. As intervenções com os pais tiveram em comum o desenvolvimento de temas ligados a qualidade da comunicação, resolução de problemas e manejo das emoções. Todas as intervenções produziram resultados quanto à redução de problemas internalizantes. A eficácia das intervenções parentais é discutida quanto à consistência dos procedimentos com a literatura da área, bem como quanto às possibilidades de prevenção. São apontadas lacunas e recomendações para pesquisas futuras.

Palavras-chave: Problemas internalizantes, práticas educativas parentais, intervenção.

INTRODUÇÃO

Sintomas e transtornos de ansiedade e de depressão estão entre os mais frequentes problemas de saúde mental na infância e na adolescência (DOZOIS; DOBSON, 2004; EPKINS; HECKLER, 2011), além de que é alta a comorbidade entre ansiedade e depressão (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008). A existência de diversas sobreposições entre aspectos conceituais e correlações indica que provavelmente problemas de ansiedade e depressão possam ser compreendidos como parte de um construto mais amplo chamado internalização (HUGHES; GULLONE, 2008), no qual também se incluem os problemas ligados a somatização (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). Além disso, tem-se discutido que problemas de ansiedade precedem o surgimento de problemas ligados à depressão (DOZOIS; DOBSON, 2004), o que valida o uso do construto internalização e evidencia a importância de se investigar mais as relações entre ansiedade e depressão.

A utilidade e relevância clínica de se pesquisar internalização (enquanto construto para o conjunto de sintomas que inclui problemas de ansiedade e depressão) ou investigar problemas internalizantes de ansiedade ou depressão separadamente, permanecem em aberto. Ambas as possibilidades de investigação têm sido aplicadas em pesquisas de revisão de literatura recentes (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008; TANDON; CARDELI; LUBY, 2009). De todo modo, é frequente a recomendação de se priorizar o desenvolvimento de pesquisas que identifiquem, validem ou integrem modelos explicativos para os problemas internalizantes na infância, no sentido de contribuir para o desenvolvimento e validação de intervenções cada vez mais efetivas e eficazes para as diferentes idades (DOZOIS; DOBSON, 2004; EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008). Além dos prejuízos imediatos dos problemas internalizantes na infância e adolescência quanto ao desenvolvimento emocional e social, destacam-se consequências de

longo prazo altamente prejudiciais, como a própria continuidade e agravamento de sintomas e transtornos de ansiedade e depressão, comorbidades com problemas externalizantes, dificuldades de autoestima, problemas acadêmicos, dificuldades em relações interpessoais e outros problemas de saúde crônicos como o abuso de substâncias (DOZOIS; DOBSON, 2004; HUGHES & GULLONE, 2008; TANDON et al., 2009).

A origem e manutenção de problemas de comportamento se associam a fatores múltiplos que se influenciam reciprocamente (LINS et al., 2012). Estudos de revisão identificaram importantes fatores de risco e mecanismos do desenvolvimento de sintomas e transtornos internalizantes na infância e adolescência (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008; TANDON et al., 2009). Do ponto de vista de características da criança, são considerados importantes fatores de risco para a origem de problemas internalizantes características do temperamento, especialmente a reatividade emocional negativa (WEI et al., 2005) e a inibição comportamental (DOZOIS; DOBSON, 2004; EPKINS; HECKLER, 2011), além de sentimentos e crenças de desesperança e desamparo (DOZOIS; DOBSON, 2004). Dentre os fatores de risco relacionados ao ambiente de desenvolvimento da criança encontram-se evidências sobre problemas de psicopatologia dos pais, práticas parentais negativas, características sociodemográficas, práticas culturais e eventos de vida estressantes, como a perda precoce dos pais, separação ou divórcio dos pais, história de abuso ou traumas, problemas financeiros, altos níveis de conflitos, doenças e problemas de saúde crônicos e eventos incontrolláveis (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008; STALLARD, 2010).

Como as práticas parentais são repertórios dos pais ou cuidadores na interação com crianças e adolescentes, encontra-se que práticas parentais são as variáveis proximais diretamente ligadas à ocorrência e manutenção de problemas internalizantes no ambiente familiar. As principais práticas parentais negativas correlacionadas com problemas

internalizantes dos filhos são problemas de comunicação, excesso de conflitos, pouca aceitação e apoio, baixa responsividade e afeto, negligência, negatividade, punição, rejeição, superproteção, excesso de controle, excesso de críticas e exigências, falhas no ensino de autonomia, apego inseguro ou ambivalente (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008; STALLARD, 2010; TANDON et al., 2009).

Há evidências de que problemas de psicopatologia parental sejam preditores de problemas internalizantes, sobretudo depressão (DOZOIS; DOBSON, 2004; HUGHES; GULLONE, 2008; TANDON et al., 2009) e ansiedade (DOZOIS; DOBSON, 2004; HUGHES; GULLONE, 2008; STALLARD, 2010) dos pais. Considera-se que problemas de psicopatologia parental interferem nos padrões de interação com os demais membros da família, favorecendo a ocorrência de práticas parentais negativas, as quais podem atuar como mecanismos de produção de sintomas e transtornos internalizantes nos filhos (HUGHES; GULLONE, 2008, 2008). Por exemplo, encontra-se que tanto depressão materna quanto paterna se relacionam com menor coesão familiar, enquanto sintomas depressivos paternos são relacionados a controle exacerbado nas relações familiares (HUGHES; GULLONE, 2008). Estudos observacionais descrevem que tanto mães depressivas quanto mães ansiosas apresentam práticas parentais de pouco apoio e acolhimento, negatividade, excessos de controle, monitoramento e críticas (DOZOIS; DOBSON; WESTRA, 2004); adicionalmente mães ansiosas apresentam pouco otimismo, pensamentos catastróficos e falhas no ensino de autonomia aos filhos enquanto mães depressivas apresentam inconsistência e pouca sensibilidade às emoções dos filhos (DOZOIS; DOBSON; WESTRA, 2004).

A literatura aponta também fatores de proteção ao desenvolvimento de problemas internalizantes na infância e adolescência. Quanto a fatores de proteção relacionados à criança têm-se características e repertórios da criança como inteligência, competência acadêmica, habilidade de enfrentamento e resolução do problema ao invés de esquivar-se, além da

habilidade de tolerar e regular emoções negativas (DOZOIS; DOBSON, 2004). Em relação a características familiares, destacam-se práticas parentais de suporte, presença de um adulto de confiança, boa saúde mental dos pais, relacionamento conjugal harmonioso, ensino de autonomia e segurança, bem como práticas parentais efetivas para o manejo do comportamento dos filhos (DOZOIS; DOBSON, 2004).

Abordagens cognitivo-comportamentais e suas diferentes técnicas parecem promissoras para o tratamento de ansiedade e depressão, tal como evidências encontradas nas pesquisas de intervenção têm demonstrado (WEISZ; HAWLEY; JENSEN-DOSS, 2004). Entretanto, faltam evidências empíricas sobre intervenções eficazes e duradouras que contemplem um maior número de variáveis que mantêm os problemas internalizantes (TANDON et al., 2009). Nesse sentido, recomenda-se que as lacunas sobre intervenções nessa área sejam supridas a partir da avaliação de procedimentos anteriores que tenham sido planejados previamente e que façam a seleção de conteúdos do tratamento com base em revisões e evidências produzidas sobre o problema, preferencialmente com aplicação de curta duração (WEISZ et al., 2004).

Um estudo de revisão abrangente sobre intervenções relacionados a diferentes problemas de comportamento encontrou procedimentos que tratam problemas internalizantes são muito menos estudados do que os problemas externalizantes (WEISZ et al., 2004). São poucas as pesquisas sobre intervenções específicas para problemas internalizantes, dentre as quais ainda predominam procedimentos focados na criança ou adolescente, apesar das importantes evidências sobre fatores de risco relacionados às práticas parentais e características familiares. Portanto, encontra-se uma lacuna sobre intervenções que envolvam ou mesmo tenham como foco a participação dos pais para o tratamento de problemas internalizantes dos filhos. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo revisar a produção científica internacional sobre procedimentos de prevenção ou tratamento de

problemas internalizantes que incluíssem intervenções sobre as práticas educativas parentais. Adicionalmente, objetivou-se revisar quais problemas de psicopatologia parental e práticas educativas parentais são associados aos problemas internalizantes.

MÉTODO

O levantamento bibliográfico se deu através do sistema de busca avançada do portal de periódicos científicos da CAPES. Foi estabelecida a busca avançada por assunto, de produções do tipo artigo, no idioma inglês, sem período de tempo estabelecido. Obrigatoriamente uma das palavras-chave “internalizing”, “depression” ou “anxiety” deveria constar no título do artigo. Necessariamente cada uma dessas três palavras-chave principais foram cruzadas com outras duas palavras-chave que poderiam aparecer em qualquer parte da indexação. Essas palavras-chave poderiam ser (1) “child” ou “children” ou “childhood” ou “adolescent” ou “adolescents” ou “adolescence” em adição a (2) “parenting” ou “parental style” ou “social skills” ou “parental practices” ou “family” ou “parent-child attachment” ou “parent intervention” ou “parent training”.

Esse mecanismo de busca por diferentes combinações de palavras-chave se justifica pelo interesse da presente revisão identificar variáveis familiares e parentais associadas a problemas internalizantes na infância e adolescência, assim como intervenções para problemas internalizantes que incluíssem os pais no tratamento. As buscas ocorreram entre março e abril de 2013 e foram encontrados no total 100 artigos, dentre os quais encontravam-se tanto estudos que caracterizam preditores bem como estudos de intervenções.

Foram estabelecidos os mesmos critérios de inclusão e exclusão para os resumos dos estudos sobre preditores e dos estudos de intervenção. Os critérios de inclusão dos resumos foram: (a) pelo menos uma das palavras a seguir; problemas internalizantes, depressão ou

ansiedade, deveriam constar no título e no resumo do artigo uma dessas palavras deveria se referir a sintomas ou transtornos na infância ou adolescência; (b) deveria estar clara a distinção entre problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, nos casos em que problemas externalizantes também fossem abordados, de modo que fossem amostras independentes; (c) ano de publicação entre 2003 e 2013; (d) deveria estar claro no resumo que os resultados descrevessem relações entre problemas internalizantes, ansiedade e depressão na infância e adolescência e variáveis parentais, como psicopatologia e práticas parentais.

Os critérios de exclusão utilizados foram: (a) estudos farmacológicos e neurológicos; (b) estudos sobre problemas externalizantes e internalizantes em amostras que não diferenciavam tais problemas; (c) estudos de revisão; (d) estudos de intervenção focados exclusivamente na criança ou adolescente; (e) estudos sobre correlações entre problemas internalizantes, depressão ou ansiedade e variáveis sócio-demográficas, culturais, eventos de vida estressantes, problemas com pares ou na adaptação escolar ou características da saúde, desenvolvimento atípico, comportamentos e cognições da criança ou adolescente.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram encontradas 5 pesquisas de intervenção sobre problemas internalizantes na infância e na adolescência que incluíssem os pais ou cuidadores no programa de tratamento ou prevenção. Adicionalmente, foram encontrados 26 estudos de correlações entre problemas internalizantes, ansiedade e depressão e variáveis relacionadas às práticas parentais e psicopatologia parental. O Anexo I apresenta a base documental sobre tais estudos.

Os estudos sobre preditores e os estudos de intervenção foram analisados a partir de critérios distintos. Os 5 estudos de intervenção encontrados foram analisados na íntegra com relação ao (1) delineamento; (2) número de participantes; (3) conteúdo da intervenção, (4) características da intervenção (como tempo de duração, distribuição no tempo, número de sessões), e (5) resultados e *follow-up*. Os delineamentos das pesquisas de intervenção

poderiam ser classificados de acordo com alguma das três categorias: pré-experimental, experimental e quase-experimental (Campbell & Stanley, 1979). Os demais itens dos estudos de intervenção foram analisados de modo descritivo e individual, sem a classificação através de categorias prévias ou de agrupamento por conteúdos semelhantes.

Os estudos sobre preditores tiveram os resumos analisados. Os problemas internalizantes, ansiedade ou depressão poderiam estar direta ou indiretamente associados a práticas parentais negativas, psicopatologia parental e práticas parentais positivas. Foi realizado o procedimento tipicamente chamado de análise de conteúdo (BARDIN, 1979) para categorização dos resultados encontrados nos resumos. Não foi realizado nenhum procedimento de concordância entre diferentes observadores sobre a fidedignidade dessas categorias; entretanto, foram privilegiados termos característicos da literatura sobre práticas parentais e psicopatologia para descrição das categorias. Além disso, um mesmo resumo de pesquisa poderia explicitar mais do que um tipo de resultado no que se refere a diferentes categorias estabelecidas.

RESULTADOS

Estudos de caracterização

A seguir se apresentam os resultados da análise dos resultados obtidas através dos 26 resumos das pesquisas correlacionais encontradas. A Tabela 1 apresenta tais resultados e os respectivos estudos que evidenciaram tais resultados em seus resumos.

A categorização dos resultados de caracterização revelou que problemas internalizantes foram associados às práticas parentais negativas em 80,8% dos resumos e associados à psicopatologia parental em 42,3% dos resumos. As associações entre prevenção

ou diminuição de problemas internalizantes e práticas parentais positivas foram raras, presentes em somente dois estudos (7,7%).

Tabela 1 – Resultados da categorização das relações entre problemas internalizantes, ansiedade ou depressão e práticas parentais negativas com respectivos autores.

Práticas parentais negativas	Estudos
Práticas parentais negativas em geral	COSTA, 2006; LIM et al., 2008; TAMBELLI et al., 2012
Superproteção	ANHALT; MORRIS, 2008; BAYER; SANSON; HEMPHILL, 2006; KIEL; MAACK, 2012; MEITES; INGRAM; SIEGLE, 2012
Pouco acolhimento, falta de apoio, pouco suporte, pouco cuidado ou negligência	ANHALT; MORRIS, 2008; BAYER; SANSON; HEMPHILL, 2006; JACOBVITZ et al., 2004; McCARTY; MAHON, 2003; MEITES; INGRAM; SIEGLE, 2012; STEVENS et al., 2005
Afetividade negativa ou negatividade	LIM et al., 2011; LUEBBE; KIEL; BRESS, 2011
Falhas ao responder às emoções: punição, negligência ou supervalorização	LUEBBE; KIEL; BRESS, 2011; SILK et al., 2011; MARTIN; CLEMENTS; CRNIC, 2011
Pouca autonomia materna	MARSH et al., 2003
Práticas exigentes, rigorosas, severas ou excessivamente críticas	ANHALT; MORRIS, 2008; CALLAHAN et al., 2011; TAYLOR et al., 2011
Agressividade verbal materna	LEE, BEAUREGARD; BAX, 2005
Inconsistência parental ou frequência de conflitos na família	BEAUDOIN; HERBERT; BERNIER, 2013; RODRIGUEZ, 2011; STEVENS et al., 2005
Punição física moderada ou severa	XING; WANG, 2013
Abuso sexual originado dentro da família	BEAUDOIN; HERBERT; BERNIER, 2013
Psicopatologia parental	Estudos
Problemas de saúde mental em geral	STEVENS et al., 2005
Abuso de álcool e outras substâncias	CONNERS-BURROW et al., 2013; EIDEN et al., 2009
Ansiedade	BAYER et al., 2006
Depressão	BRENNING et al., 2012; BAYER et al., 2006; EIDEN et al., 2009; LIM et al., 2011; LIM et al., 2008; SILK et al., 2011; MARCHAND; SCHEDLER; WAGSTAFF, 2004; MARTIN; CLEMENTS; CRNIC, 2011; WATSON et al., 2012
Práticas parentais positivas	Estudos
Resposividade materna às emoções	BRENNING et al., 2012; LUEBBE; KIEL; BRESS, 2011
Suporte materno	BRENNING et al., 2012

Estudos de intervenção

Foram encontradas cinco pesquisas de intervenção (GILLHAM et al., 2006; HERMAN et al., 2011; SCHIMIEGE et al., 2006; TRUDEAU et al., 2012; WEISS et al.,

2003) que avaliavam problemas internalizantes de crianças ou adolescentes e tinham dentre seus procedimentos algum componente de intervenção parental. Dentre tais estudos, um estudo pode ser classificado como prevenção universal (TRUDEAU et al., 2012) e quatro estudos promoveram prevenção indicada (GILLHAM et al., 2006; HERMAN et al., 2011; SCHIMIEGE et al., 2006; WEISS et al., 2003).

O estudo de Gillham e colaboradores (2006) avaliou experimentalmente os efeitos de um programa de intervenção junto a 40 crianças, adolescentes e seus pais ou mães. O programa de intervenção era composto por oito sessões em grupo no procedimento com as crianças (PRP-CA) e seis sessões em grupo com duração de 90 minutos cada no procedimento com os pais (PRP-P). O número de participantes nos grupos de crianças e grupos de pais variava entre 10 e 12. O conteúdo da intervenção com crianças (PRP-CA) incluía (a) psicoeducação sobre modelo cognitivo para depressão e ansiedade; (b) identificação de padrões e estilos de pensamento pessimistas, irrealistas, catastróficos; (c) avaliação dos pensamentos e interpretações sobre os eventos atuais e sobre o futuro, com aprendizagem de alternativas mais realistas; (d) desenvolvimento habilidade de avaliar evidências que possam sustentar interpretações; (e) exercícios para aprimoramento de habilidades cognitivas; (f) treino em assertividade; (g) habilidades de tomada de decisão e resolução de problemas; e (h) revisão e preparação para problemas futuros. O conteúdo da intervenção com pais (PRP-P) incluía quase todo conteúdo trabalhado com os filhos, mas com o foco central de habilitar os pais para enfrentamento de seus próprios sintomas e dificuldades nas relações profissionais, conjugais e parentais, além da ênfase adicional sobre como atuarem como encorajadores e facilitadores do enfrentamento de seus filhos. Os efeitos da intervenção foram medidos pelo relato dos pais para depressão e ansiedade dos filhos, em linha de base, pós-teste; e follow-ups de 6 e 12 meses. Crianças do grupo intervenção reportaram menores níveis de sintomas

depressivos e sintomas de ansiedade nos períodos de follow-up em comparação com o grupo controle, mas não houve diferença significativa nas medidas pós-teste.

Herman e colaboradores (2011) avaliaram experimentalmente diferentes combinações dos componentes de intervenção para crianças, pais e professores do programa *Incredible Years*. Participaram 159 pais, professores e crianças entre 4 e 8 anos (que foram inicialmente selecionadas por apresentarem queixas clínicas externalizantes, mas depois foram identificadas altas comorbidades com sintomas internalizantes). Além da existência de um grupo controle (26 crianças), as combinações entre grupos de intervenção comparados no estudo foram de intervenção com (I) apenas com os pais (31 participantes); (II) pais e professores (24 participantes); (III) crianças (30 participantes); (IV) crianças e professores (23 participantes); (V) pais, crianças e professores (25 participantes). O componente de intervenção com crianças (IY-CT) era composto de 18 a 19 sessões de grupo com 2 horas de duração cada, com uso frequente de vídeos nas atividades. O conteúdo da intervenção com crianças (IY-CT) contemplava temas como (a) gerenciamento de conflitos; (b) desenvolvimento dos déficits em habilidades sociais e atribuições negativas (c) identificação e conhecimento das emoções; (d) problemas de comunicação e (e) interação com pares. A intervenção com crianças incluía também o envio de cartas aos pais e professores, sobre os princípios básicos que norteavam a intervenção com as crianças, além de pedidos para que reforcem as habilidades desenvolvidas e monitorem a realização das tarefas pelas crianças. O componente de intervenção com pais (IY-PT) era composto de 22 a 24 sessões em grupo de 2 horas de duração. O conteúdo das sessões com pais incluía a análise de sete vídeos sobre habilidades parentais e interpessoais através do processo colaborativo de grupo de modo a ensinar os pais sobre como diminuir práticas coercitivas e aumentar interações positivas com seus filhos. O foco da intervenção parental era que esses aprendessem a modelar pensamentos e atitudes positivas, reforçar sistematicamente comportamentos de enfrentamento e pró-

sociais, incentivar atividades prazerosas, ensinar e reforçar habilidades sociais e aumentar o engajamento parental nas escolas para otimizar desempenho acadêmico dos filhos. O componente de intervenção com professores (IY-TT) era realizado durante quatro dias inteiros, totalizando 32 horas em grupo, sendo que o conteúdo dessa intervenção incluía (a) estratégias de gerenciamento efetivo da sala de aula, (b) promoção de relações positivas entre os alunos, (c) fortalecimento de habilidades sociais dos alunos, (d) prevenção da rejeição pelos pares, (e) sobre como ajudar que alunos aprendam estratégias de resolução de problemas com pares, (f) modelagem de comportamentos alternativos à internalização como enfrentamento e habilidades sociais. Todas as crianças dos grupos de intervenção testados apresentaram consideravelmente mais baixos níveis de internalização no pós-teste do que as crianças do grupo controle. Portanto, todos os procedimentos testados se mostraram capazes de diminuir sintomas internalizantes, incluindo aquele cuja intervenção focava exclusivamente os pais. Entretanto, as crianças do grupo de intervenção tripla (crianças, pais e professores) obtiveram mais benefícios do que todos os outros grupos, pois foi o único grupo com baixos níveis de internalização estatisticamente significativos com relação ao grupo controle em todas as análises pelo relato das mães.

Schimiege e colaboradores (2006) realizaram um estudo experimental de intervenção tendo como participantes 156 famílias nas quais ou pai ou mãe tinham falecido entre 4 a 30 meses antes do início da intervenção. As crianças não tinham problemas externalizantes em nível clínico e apresentavam problemas internalizantes para além do período de manifestações do luto. O programa de intervenção contemplava 12 sessões semanais em grupo de 2 horas de duração para cada membro da família participante e 2 sessões familiares para verificação e monitoramento da aplicação dos conteúdos da intervenção em ambiente familiar. O conteúdo da intervenção (FBP) com crianças e adolescentes envolvia o desenvolvimento de (a) habilidades de enfrentamento positivo; (b) avaliação e manejo do estresse; (c) verificação e

alteração de crenças negativas; (d) desenvolvimento da autoestima e qualidade da interação com o cuidador. O conteúdo da intervenção com cuidadores incluía (a) avaliação e intervenção sobre saúde mental do cuidador; (b) gerenciamento de eventos de vida estressantes; (c) habilidades para estabelecer rotina na casa; (d) qualidade da interação entre cuidador e criança ou adolescente. Tanto com cuidadores quanto com crianças e adolescentes os procedimentos para implementação desses conteúdos foram modelagem, role-playing e tarefas de casa. Foram obtidas medidas de auto-relato da criança ou adolescente para ansiedade, depressão, problemas externalizantes e de relato dos cuidadores sobre problemas internalizantes e externalizantes, em pré-teste, pós-teste e follow-up de 11 meses. Exceto para as meninas do grupo controle há uma tendência de ambos os tipos de problemas diminuírem ao longo das três medições. Por isso, o estudo conclui que a intervenção foi mais eficaz para meninas que passaram pela intervenção, pois tanto meninos do grupo controle quanto do grupo experimental melhoraram os problemas internalizantes ao longo do tempo.

Trudeau e colaboradores (2012) apresentam um estudo sobre os efeitos longitudinais de um programa de prevenção universal de uso de substâncias e problemas internalizantes em condições experimentais com 347 crianças do sexto ano do ensino fundamental e seus pais. O programa de intervenção (ISFP) teve duração de sete sessões de duas horas de duração, sendo que na primeira hora de sessão pais e filhos foram atendidos separadamente e o foco recaía sobre o desenvolvimento de habilidades específicas enquanto que na segunda hora pais e filhos são atendidos em conjunto com o foco de prática em conjunto das habilidades aprendidas individualmente. Os conteúdos conduzidos com os pais foram (a) gerenciamento de relações familiares de modo efetivo; (b) manejo de emoções e (c) maneiras de comunicar as regras familiares sobre o uso de substâncias. Com os jovens, o conteúdo incluía (a) habilidades de resistência e recusa diante da pressão dos pares, (b) atitudes pró-sociais e (c) manejo do estresse e outras emoções. Com a família (pais e filhos juntos), desenvolviam-se

temas sobre comunicação e resolução de problemas, particularmente aqueles relacionados às regras familiares sobre uso de substâncias. O estudo apresenta os resultados das avaliações de follow-up de 331 famílias (quando jovens participantes estivessem na sétima, 8., 10ª, 12ª. séries e aos 21 anos) com relação aos sintomas internalizantes medidos por auto-relato dos jovens e risco relativo ou de uso iniciado de substâncias. Os resultados indicaram que programa de intervenção ISFP produziu efeitos indiretos na redução de sintomas internalizantes no início da vida adulta (21 anos) em comparação com grupo controle, em função da diminuição dos próprios sintomas internalizantes no período da adolescência.

Weiss e colaboradores (2003) conduziram um estudo experimental de intervenção com 93 famílias e professores dentre as quais 48% das crianças apresentavam nível clínico para problemas internalizantes e 54% para problemas externalizantes pelo relato de professores, mas todas apresentavam comorbidades em algum nível. A intervenção foi realizada durante aproximadamente nove meses consecutivos através da combinação de sessões (a) individuais com a criança, (b) em pequenos grupos com a criança; (c) em sala de aula com a criança; (d) com os pais em grupo e (e) orientação para professores individualmente. O conteúdo da intervenção RECAP com crianças incluía (a) o desenvolvimento de habilidades Sociais como fazer amigos e evitar envolvimento com comportamentos negativos dos outros; (b) treino de “renomeação” de colegas e seus comportamentos (substituindo rótulos); (c) comunicação positiva; (d) auto-observação e autocontrole; (e) identificar e expressar sentimentos e afetos, e (f) relaxamento. Com os pais, a intervenção RECAP priorizou desenvolver (a) o uso apropriado de regras, pedidos e punições; (b) qualidade da comunicação com os filhos; (c) fortalecimento da qualidade da relação parental; e (d) apoio e monitoramento das habilidades que filhos aprendem na intervenção. Com professores foram desenvolvidas habilidades de manejo de comportamentos adequados e inadequados no relacionamento com pares e adaptação escolar. Medidas de auto-relato relato dos pais, relato dos professores e relato dos

pares foram obtidas em pré-teste, duas medidas durante intervenção, pós-teste e follow-up após um ano. Pelo relato dos pais, a eficácia da intervenção foi maior para crianças que tinham mais problemas internalizantes. Pelo relato de pais, a eficácia foi maior para crianças que tinham mais problemas externalizantes. Pelo relato de professores, pais e auto-relato, crianças melhoraram tanto internalização quanto externalização.

DISCUSSÃO

Estudos sobre preditores

A produção científica analisada permite a ampliação do conhecimento sobre relações entre problemas internalizantes e variáveis familiares, especificamente psicopatologia e práticas educativas parentais. Os resultados encontrados endossam a importância de se considerar variáveis ambientais específicas para a prevenção em saúde mental e promoção do desenvolvimento de crianças e adolescentes (TANDON et al., 2009).

Foram encontradas associações entre psicopatologia parental e práticas educativas parentais em relação à manifestação dos problemas internalizantes das crianças e adolescentes. Os resultados encontrados sobre psicopatologia parental endossam relações estabelecidas por outros estudos de revisão sobre a depressão e ansiedade parentais enquanto importante fator de risco para desenvolvimento de problemas internalizantes (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008). Adicionalmente, problemas parentais relacionados ao abuso de álcool ou outras substâncias também foram associados (CONNERS-BURROW et al., 2013; EIDEN et al., 2009).

Foram encontrados também resultados que dão suporte a todas as práticas negativas anteriormente mapeadas (EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008; TANDON et al., 2009), com o acréscimo de práticas de inconsistência parental (STEVENS et

al., 2005) e pouca autonomia da mãe (MARSH et al., 2003) como fatores de risco para problemas internalizantes. Adicionalmente, a dificuldade materna de lidar com as emoções dos filhos foi operacionalizada em termos de três possíveis práticas negativas, as quais podem ser punição, negligência ou supervalorização das emoções (SILK et al., 2011).

Foram encontrados resultados que reafirmam correlações negativas entre problemas internalizantes e práticas de suporte parental (BRENNING et al., 2012). Adicionalmente, a responsividade materna às emoções (BRENNING et al., 2012; LUEBBE et al., 2011) foi identificada enquanto variável relevante para a prevenção e diminuição de problemas internalizantes. A diferença na quantidade de resultados que correlacionam práticas parentais positivas e negativas sugere que os estudos privilegiam a mensuração e identificação das práticas parentais negativas. Nesse sentido, parece relevante para o desenvolvimento de intervenções que mais pesquisas se dediquem a avaliar práticas parentais positivas, pois escassez de tais medidas dificulta a compreensão mais precisa sobre mecanismos preventivos e interventivos suficientes.

Estudos de intervenção

Na medida em que os cinco estudos apresentaram resultados positivos com relação à diminuição de problemas internalizantes, de ansiedade ou depressão (GILLHAM et al., 2006; HERMAN et al., 2011; SCHIMIEGE et al., 2006; TRUDEAU et al., 2012; WEISS et al., 2003), a análise dos conteúdos das intervenções parentais podem revelar variáveis possivelmente responsáveis pelas evidências de melhora das crianças e adolescentes.

Conforme os resultados apresentados, nas cinco intervenções parentais foram desenvolvidos em alguma medida os conteúdos sobre estratégias de comunicação, habilidades de resolução de problemas ou conflitos e manejo das emoções. Esses são conteúdos previstos e recomendados em manuais sobre prevenção de ansiedade e depressão (HUDSON;

FLANNERY-SCHROEDER; KENDALL, 2004; ESSAU, 2004), assim como parece um conteúdo consistente com as práticas parentais positivas mapeadas pelos estudos sobre preditores, tais como oferecimento de suporte e apoio (BRENNING et al., 2012) e a sensibilidade e responsividade às emoções (BRENNING et al., 2012; LUEBBE et al., 2011). As intervenções com os pais, ao promoverem as práticas parentais consideradas positivas para o desenvolvimento socioemocional dos filhos, possivelmente diminuem a probabilidade de práticas parentais negativas consideradas de risco. Por exemplo, é possível que a responsividade às emoções reduza diretamente o risco de negligência e falhas ao responder às emoções dos filhos e podem indiretamente contribuir para diminuição da afetividade negativa e o excesso de exigências e críticas. Práticas de suporte, apoio e acolhimento por parte dos pais também podem atenuar práticas negativas como a negligência e o excesso de críticas; enquanto as estratégias de resolução de problemas podem contribuir para diminuição de agressividade verbal, punição física e frequência de inconsistências e conflitos na família.

Parece plausível inferir que seja na redução de práticas negativas, seja na redução de sintomas e problemas de saúde mental dos pais, importantes fatores de risco mapeados pelas revisões de literatura estão sendo minimizados enquanto fatores de proteção são maximizados através das intervenções parentais. Bolsoni-Silva e colaboradoras (2010) revelam que a maioria dos estudos parece priorizar a redução dos problemas de comportamento em detrimento do aumento da competência social tanto dos pais quanto dos filhos. Por outro lado, estudos prévios (ALVARENGA; PICCINI, 2007; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2006; CIA et al., 2006) confirmam a tendência de desenvolvimento de práticas educativas parentais enquanto fatores relevantes para prevenção e intervenção dos resultados na área de problemas de comportamento.

Apesar das evidências produzidas pelos estudos sobre preditores de problemas internalizantes envolvendo variáveis familiares, a lacuna de pesquisas de intervenção que

incluam os pais no tratamento de problemas internalizantes foi confirmada (WEISZ et al., 2004). Tal número reduzido pode se justificar, em parte, pelo crescimento recente no interesse dos pesquisadores em estudar mais especificamente a prevenção de problemas internalizantes, tendo como comparação o histórico expressivo de pesquisas de intervenção sobre problemas externalizantes de crianças e adolescentes (WEISZ et al., 2004). Em função da recenticidade dessas pesquisas, parece não estar clara na literatura a proeminência do papel das práticas parentais no caso da prevenção e desenvolvimento de problemas internalizantes. Alguns fatores metodológicos e culturais podem dificultar o desenvolvimento de pesquisas nessa área. Conforme os resultados encontrados, nota-se que parte dos preditores familiares associados ao desenvolvimento de problemas internalizantes se referem aos repertórios dos pais pelos quais lidam com as emoções e sentimentos. Portanto, parece fundamental para o avanço científico dessa área a adoção ou desenvolvimento de instrumentos eficazes para mensuração de variáveis relevantes como afetividade negativa; punição, negligência ou supervalorização das emoções e responsividade.

Do ponto de vista cultural outras variáveis dificultam o esclarecimento sobre a importância das variáveis parentais sobre o desenvolvimento de problemas internalizantes. A adesão dos pais pode ser especialmente difícil em função de que para a família e a escola alguns comportamentos observáveis do padrão internalizante frequentemente não são percebidos como problemas (TANDON et al., 2009), tanto porque parecem menos problemáticos em comparação aos problemas externalizantes ou porque diante de alguns contextos podem parecer comportamentos adequados e desejáveis. Como do ponto de vista observável é comum que crianças internalizantes se comportem predominantemente quietas, introspectivas, obedientes, controladas, submissas e evitativas, os cuidadores não encontram dificuldades em estabelecer limites e rotinas, além de que não são desafiados como autoridades. Diante desse contexto cultural e da escassez de produção científica nessa área, se

reafirma a necessidade de pesquisas sobre mecanismos facilitadores para adesão dos pais enquanto participantes dos programas de intervenção sobre problemas dos filhos (ALLEN; WARZAK, 2000). Nesse sentido, parece uma questão de saúde pública a promoção de políticas para a psicoeducação de professores e pais, no sentido de aumentar a visibilidade e reconhecimento dos problemas internalizantes e seus riscos para saúde mental e desenvolvimento de crianças e adolescentes (WEERSING et al., 2008).

Algumas discussões específicas colocadas pelos estudos de intervenção com componente parental merecem destaque, pois contextualizam os resultados obtidos ou contribuem para elucidação do papel de práticas parentais na intervenção. No estudo de Herman e colaboradores (2011) somente a intervenção que reunia procedimentos direcionados à criança, aos pais e aos professores foram significativamente melhores do que os dados do grupo controle. Entretanto, todas as intervenções focadas em um tipo de participante produziram melhoras com relação aos problemas internalizantes, mesmo a modalidade de intervenção exclusiva com os pais. Se faz relevante destacar que nesse estudo as crianças apresentavam comorbidades de problemas internalizantes e externalizantes (tal como no estudo de WEISS et al., 2003) e por isso os autores estabelecem ressalvas quanto à aplicabilidade e efetividade dos procedimentos de intervenção junto a crianças com problemas exclusivamente internalizantes e seus familiares, uma vez que seriam padrões de comportamento da criança e dos pais bastante distintos daqueles relacionados à ocorrência dos problemas em comorbidade (WEISS et al., 2003). Ainda assim, esses estudos permaneceram na amostra da presente revisão em função das convergências de conteúdo das intervenções e resultados com relação às intervenções para problemas exclusivamente internalizantes.

No estudo de Gillham e colaboradores (2006) a combinação de intervenções com a criança e com pais produziu efeitos mais significativos com relação a ansiedade do que com a

depressão. A hipótese apresentada pelos autores considera que seja menos difícil para os pais a identificação dos sintomas de ansiedade do que dos depressivos, bem como parece ser mais fácil a aquisição de habilidades concorrentes com a ansiedade em comparação com as habilidades mais diretamente ligadas a alteração dos sintomas depressivos das crianças.

Na intervenção estudada por Schimiege e colaboradores (2006), obteve-se como resultado de que tanto meninos do grupo controle quanto do grupo intervenção melhoraram problemas de comportamento ao longo do tempo sugere que a perda de um dos pais, diferentemente das meninas dentre as quais observou-se melhora dos problemas internalizantes somente no grupo intervenção. A trajetória de saúde mental da criança após a perda de um dos pais é apontada como resultado dos processos de adaptação tanto da criança quanto da família às relações, papéis familiares e rotinas que permanecem após o evento da perda (SCHIMIEGE et al., 2006). De acordo com esse estudo, as meninas que ficam órfãs de um dos pais estão sob maior risco de desenvolver problemas internalizantes duradouros (após o luto), o que é explicado em função de que meninas são ensinadas diferencialmente a sensibilizarem-se aos estressores familiares e a se preocuparem não apenas com a sua adaptação mas com o bem estar do cuidador sobrevivente. Essa discussão permite hipotetizar que na relação com meninas, pais e cuidadores têm maior probabilidade de priorizar a expressão de seus próprios sentimentos e dificuldades em detrimento de ensiná-las a identificar e lidar com seus próprios sentimentos e dificuldades decorrentes dos eventos estressores desencadeados pela perda. Parece, portanto, que os cuidadores de meninas estão sob maior risco de apresentar que as práticas de pouco acolhimento ou suporte e negligência às emoções em situações de estresse, o que sugere a necessidade de alteração de práticas educativas baseadas em papéis de gênero culturalmente estabelecidos.

Somente instrumentos padronizados foram usados para aferição de mudanças nos problemas internalizantes, tanto para o relato dos pais quanto dos filhos, o que está de acordo

com recomendações de pesquisa visando aumento da confiabilidade dos resultados (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002). Entretanto, todas as medidas fornecidas sobre os resultados eram sobre a criança ou adolescente; ou seja, tanto a criança quanto os pais ou cuidadores eram informantes sobre problemas internalizantes da criança ou adolescente exclusivamente. Nenhum dos estudos forneceu medidas sobre variáveis ligadas aos pais (por exemplo, práticas parentais, saúde mental, dentre outros possíveis), mesmo tendo os pais como participantes das intervenções. Portanto, os programas com intervenção parental para problemas internalizantes reconhecem que práticas parentais negativas e psicopatologia dos pais constituírem importantes variáveis na determinação dos problemas internalizantes, no sentido de que programam conteúdos capazes de atuar sobre tais variáveis; entretanto não as mensuram antes e depois da intervenção, assim como não o fazem com relação às práticas parentais positivas, supostamente capazes de prevenir e atenuar os problemas de ansiedade e depressão dos filhos. A produção de medidas sobre variáveis parentais é recomendada a partir dessa revisão para que seja suprida a lacuna sobre o tamanho do efeito das mudanças parentais obtidas nas intervenções relacionados à melhora clínica dos problemas internalizantes dos filhos. Tais medidas são relevantes também para identificação de características específicas de saúde mental e práticas parentais trabalhadas por cada programa de intervenção, o que possibilita o aprimoramento das estratégias e conteúdos relacionados aos pais para resultados eficazes, efetivos e duradouros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem como contribuições (a) revisar procedimentos de prevenção ou tratamento de problemas internalizantes que tenham intervenções sobre práticas educativas e psicopatologia parental; bem como (b) identificar quais problemas de psicopatologia e

práticas educativas parentais têm sido associadas a problemas internalizantes, ansiedade ou depressão na infância e adolescência. Encontrou-se suporte nos resumos revisados com relação a problemas internalizantes e práticas parentais de superproteção, pouco acolhimento e apoio ou negligência, afetividade negativa, falhas ao ressonar as emoções, pouca autonomia parental, altas exigências e criticidade, agressividade verbal, punição física moderada ou severa, inconsistência parental, abuso sexual originado dentro da família e relação de apego inseguro. Problemas de psicopatologia parental como depressão, ansiedade e abuso de substâncias também foram associados a problemas internalizantes dos filhos.

Permanecem como importantes lacunas uma ênfase maior na avaliação e mensuração de práticas parentais positivas em estudos correlacionais sobre a prevenção e redução de problemas internalizantes. Nesse sentido, recomenda-se o uso mais frequente de delineamentos longitudinais e comparações entre grupos enquanto delineamentos capazes de contribuir para a validação de modelos explicativos e sobre a proeminência das práticas parentais na prevenção e desenvolvimento de problemas internalizantes.

São raras as pesquisas de intervenção que incluem procedimentos focados nos pais. Dentre as intervenções parentais revisadas pelo presente estudo, os conteúdos enfatizam o desenvolvimento de habilidades de comunicação positiva, resolução de conflitos e manejo das emoções; assim como encontra-se também suporte para o ensino de habilidades relacionadas ao manejo dos pais dos próprios sintomas internalizantes. Tais conteúdos para intervenções parentais parecem consistentes com os achados que as pesquisas correlacionadas apontam enquanto variáveis da interação familiar que sejam relevantes para o desenvolvimento e superação de problemas internalizantes. Entretanto, encontrou-se uma inconsistência nas pesquisas de intervenção, que programam conteúdos capazes de alterar fatores de risco importantes como problemas de saúde mental e práticas educativas de pais, mas não os avaliam e assim deixam de produzir medidas sobre as mudanças dos pais, o que dificulta a

compreensão sobre o tamanho do efeito de tais mudanças parentais sobre ansiedade e depressão dos filhos.

Algumas limitações metodológicas dessa investigação precisam ser consideradas. O presente estudo em parte coletou e analisou informações provenientes predominantemente dos resumos dos artigos; portanto, considera-se importante que pesquisas futuras possam contemplar informações dos textos completos. Além disso, parece especialmente importante à realização futura de meta-análises para verificação de modelos explicativos para o desenvolvimento de problemas internalizantes e especialmente para a avaliação de intervenções efetivas e eficazes para prevenção e tratamento.

REFERENCIAS

ACHENBACH, Thomas M.; RESCORLA, Leslie. **ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington: Aseba, 2001.

ALLEN, Keith D.; WARZAK, William J. The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: Effective treatment is not enough. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 33, n. 3, p. 373-391, 2000.

ALVARENGA, Patrícia; PICCININI, Cesar A. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social da criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 314-323, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MARTURANO, Edna Maria. A qualidade da interação positiva e da consistência parental na sua relação com problemas de comportamentos de pré-escolares. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 3, p. 349-358, 2007.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini et al. Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 62, n. 1, 2010.

CAMPBELL, Donald T.; STANLEY, Julian C. Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa. In: **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. USP/EPU, 1979.

CIA, Fabiana; PAMPLIN, Renata Christian de Oliveira; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. **Paidéia**, v. 16, n. 35, p. 395-408, 2006.

DOZOIS, David JA; DOBSON, Keith S. **The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice.** Washington DC: American Psychology Association, 2004.

DOZOIS, David JA; DOBSON, Keith S.; WESTRA, Henny A. The comorbidity of anxiety and depression, and the implications of comorbidity for prevention. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice.** Washington DC: American Psychology Association, 2004.

ESSAU, Cecilia A. Primary prevention of depression. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice.** Washington DC: American Psychology Association, 2004.

EPKINS, Catherine C.; HECKLER, David R. Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. **Clinical child and family psychology review**, v. 14, n. 4, p. 329-376, 2011.

HUDSON, Jennifer L.; FLANNERY-SCHROEDER, Ellen; KENDALL, Philip C. Primary prevention of anxiety disorders. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice.** Washington DC: American Psychology Association, 2004.

HUGHES, Elizabeth K.; GULLONE, Eleonora. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 1, p. 92-117, 2008.

KRATOCHWILL, Thomas R.; STOIBER, Karen Callan. Evidence-based interventions in school psychology: Conceptual foundations of the Procedural and Coding Manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. **School Psychology Quarterly**, v. 17, n. 4, p. 341, 2002.

LINS, Taiane et al. Problemas externalizantes e agressividade infantil: uma revisão de estudos brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, 2013.

MERRELL, Kenneth W. **Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide.** Guilford Publications, 2013.

STALLARD, Paul. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

TANDON, Mini; CARDELI, Emma; LUBY, Joan. Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 18, n. 3, p. 593-610, 2009.

WEERSING, V. Robin et al. Brief behavioral therapy for pediatric anxiety and depression: Piloting an integrated treatment approach. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 15, n. 2, p. 126-139, 2008..

WEI, Meifen et al. Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. **Journal of Counseling Psychology**, v. 52, n. 1, p. 14, 2005.

WEISZ, John R.; HAWLEY, Kristin M.; JENSEN DOSS, Amanda. Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 729-815, 2004.

ANEXO I – Base documental dos artigos revisados

ANHALT, Karla; MORRIS, Tracy L. Parenting Characteristics Associated with Anxiety and Depression: A Multivariate Approach. **Journal of Early & Intensive Behavior Intervention**, v. 5, n. 3, 2008.

BAYER, Jordana K.; SANSON, Ann V.; HEMPHILL, Sheryl A. Parent influences on early childhood internalizing difficulties. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 27, n. 6, p. 542-559, 2006.

BEAUDOIN, G.; HÉBERT, M.; BERNIER, A. Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology**, v. 63, n. 3, p. 147-157, 2013.

BRENNING, Katrijn et al. The role of parenting and mother-adolescent attachment in the intergenerational similarity of internalizing symptoms. **Journal of youth and adolescence**, v. 41, n. 6, p. 802-816, 2012.

CONNERS-BURROW, Nicola et al. Violence exposure as a predictor of internalizing and externalizing problems among children of substance abusers. **Journal of pediatric nursing**, v. 28, n. 4, p. 340-350, 2013.

COSTA, Natalie M. et al. Parenting stress and childhood psychopathology: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 28, n. 2, p. 113-122, 2006.

EIDEN, Rina D. et al. A conceptual model predicting internalizing problems in middle childhood among children of alcoholic and nonalcoholic fathers: The role of marital aggression. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 70, n. 5, p. 741, 2009..

GILLHAM, Jane E. et al. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. **Journal of abnormal child psychology**, v. 34, n. 2, p. 195-211, 2006..

HERMAN, Keith C. et al. The impact of the Incredible Years parent, child, and teacher training programs on children's co-occurring internalizing symptoms. **School Psychology Quarterly**, v. 26, n. 3, p. 189, 2011.

JACOBVITZ, Deborah et al. Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. **Development and psychopathology**, v. 16, n. 03, p. 577-592, 2004.

KIEL, Elizabeth J.; MAACK, Danielle J. Maternal BIS sensitivity, overprotective parenting, and children's internalizing behaviors. **Personality and individual differences**, v. 53, n. 3, p. 257-262, 2012.

LEE, Catherine M.; BEAUREGARD, Christine; BAX, Karen A. Child-related disagreements, verbal aggression, and children's internalizing and externalizing behavior problems. **Journal of family psychology**, v. 19, n. 2, p. 237, 2005.

LIM, JungHa et al. Effects of paternal and maternal depressive symptoms on child internalizing symptoms and asthma disease activity: mediation by interparental negativity and parenting. **Journal of Family Psychology**, v. 25, n. 1, p. 137, 2011.

LIM, JungHa; WOOD, Beatrice L.; MILLER, Bruce D. Maternal depression and parenting in relation to child internalizing symptoms and asthma disease activity. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 2, p. 264, 2008.

LUEBBE, Aaron M.; KIEL, Elizabeth J.; BUSS, Kristin A. Toddlers' context-varying emotions, maternal responses to emotions, and internalizing behaviors. **Emotion**, v. 11, n. 3, p. 697, 2011.

MARCHAND, Jennifer F. Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. **Attachment & Human Development**, v. 6, n. 1, p. 99-112, 2004.

MARSH, Penny et al. Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. **Development and Psychopathology**, v. 15, n. 02, p. 451-467, 2003.

MARTIN, Sarah E.; CLEMENTS, Mari L.; CRNIC, Keith A. Internalizing and Externalizing Symptoms in Two-Year-Olds: Links to Mother-Toddler Emotion Processes. **Journal of Early Childhood & Infant Psychology**, n. 7, 2011.

MCCARTY, Carolyn A.; MCMAHON, Robert J. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. **Journal of Family Psychology**, v. 17, n. 4, p. 545, 2003.

MEITES, Tiffany M.; INGRAM, Rick E.; SIEGLE, Greg J. Unique and shared aspects of affective symptomatology: The role of parental bonding in depression and anxiety symptom profiles. **Cognitive therapy and research**, v. 36, n. 3, p. 173-181, 2012.

RODRIGUEZ, Christina M. Association between independent reports of maternal parenting stress and children's internalizing symptomatology. **Journal of Child and Family Studies**, v. 20, n. 5, p. 631-639, 2011.

SCHMIEGE, Sarah J. et al. Symptoms of internalizing and externalizing problems: Modeling recovery curves after the death of a parent. **American journal of preventive medicine**, v. 31, n. 6, p. 152-160, 2006.

SILK, Jennifer S. et al. Socialization of emotion and offspring internalizing symptoms in mothers with childhood-onset depression. **Journal of applied developmental psychology**, v. 32, n. 3, p. 127-136, 2011.

STEVENS, Gonneke WJM et al. Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 40, n. 12, p. 1003-1011, 2005.

TAMBELLI, Renata et al. Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents. **Children and Youth Services Review**, v. 34, n. 8, p. 1465-1471, 2012.

MASTEN, Ann S. et al. Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. **Developmental psychology**, v. 41, n. 5, p. 733, 2005.

XING, Xiaopei; WANG, Meifang. Sex differences in the reciprocal relationships between mild and severe corporal punishment and children's internalizing problem behavior in a Chinese sample. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 34, n. 1, p. 9-16, 2013.

WATSON, Kelly H. et al. Internalizing and Externalizing Symptoms in Sons and Daughters of Mothers with a History of Depression. **Journal of child and family studies**, v. 21, n. 4, p. 657-666, 2012.

WEISS, Bahr et al. Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n. 2, p. 364, 2003.

ESTUDO 2

Efeitos de uma intervenção parental para prevenção de problemas internalizantes: estudos de caso

RESUMO: O presente estudo avalia os efeitos de uma intervenção semi-estruturada conduzida exclusivamente com mães e seus efeitos sobre problemas de comportamento internalizantes, habilidades sociais infantis, práticas parentais positivas e negativas. Foi empregado o delineamento experimental de sujeito único com três participantes. As três mães tinham na linha de base um filho diagnosticado com problemas exclusivamente internalizantes. Os instrumentos CBCL, RE-HSE-P, QRSB-Pais e PHQ-9 foram aplicados nas avaliações de linha de base, pré-teste, pós-teste e seguimento. A intervenção empregada caracteriza-se por ser semi-estruturada pois promove o desenvolvimento de práticas parentais indicadas como positivas pela literatura sobre problemas de comportamento, mas de modo contingente às dificuldades e demandas de cada caso. Foram realizadas de 14 a 17 sessões de aproximadamente duas horas de duração. Os dados foram analisados conforme as normas dos respectivos instrumentos e sob a perspectiva particular de cada caso. Os resultados encontrados incluem a remissão de problemas internalizantes, aumento na frequência de habilidades sociais infantis, aumento na frequência de práticas parentais positivas e redução na variabilidade de práticas parentais negativas. Todos os benefícios foram mantidos no follow-up de seis meses, exceto a variabilidade de práticas parentais negativas de uma participante. Tais resultados são discutidos contexto de promoção de saúde mental e prevenção indicada de problemas internalizantes na infância.

Palavras-chave: problemas internalizantes, práticas parentais, treino de pais, delineamento de caso único

INTRODUÇÃO

Apesar de se encontrarem entre os mais frequentes e persistentes problemas de saúde mental na infância e na adolescência, os problemas relacionados à ansiedade e depressão permanecem despercebidos ou minimizados por pais e professores (HUDSON; FLANNERY-SCHROEDER; KENDALL, 2004; TANDON; CARDENLI; LUBY, 2009). Tanto os sintomas de ansiedade quanto os de depressão refletem a exposição a diferentes fatores de risco biológicos e psicossociais que compromete substancialmente o desenvolvimento de crianças e adolescentes em médio e longo prazo, no sentido de que predispõem problemas de autoestima, dificuldades acadêmicas e na relação com pares, além de consistirem em importantes fatores de risco para diversos problemas de saúde mental na idade adulta, tais como os próprios transtornos de ansiedade e episódios depressivos, transtornos de personalidade, abuso de substâncias, transtornos alimentares (EPKINS; HECKLER, 2011; TANDON et al., 2009). Nesse sentido, evidencia-se a importância da prevenção em suas diferentes perspectivas (DOZOIS; DOBSON, 2004).

Ansiedade e depressão podem ser compreendidas conceitualmente enquanto parte de um construto mais amplo chamado internalização (ACHENBACH, 1991). É provável que ansiedade seja precursora da depressão, ou seja, a ocorrência de problemas de depressão envolve a experiência prévia de ansiedade em algum nível (DOZOIS; DOBSON, 2004). Além disso, sabe-se que ansiedade e depressão frequentemente ocorrem enquanto comorbidades, tanto porque os mecanismos etiológicos e fatores de risco frequentemente se sobrepõem, se relacionam ou interagem entre si, de modo recíproco, dinâmico e complexo (EPKINS; HECKLER, 2011). Parece haver um conjunto de fatores que sinalizam risco tanto para ansiedade quanto para depressão, enquanto outros fatores atuam adicionalmente para que ocorra a depressão (DOZOIS; DOBSON, 2004). Nessa perspectiva, a identificação

consistente de fatores de risco em comum aos problemas internalizantes facilita a implementação de programas de intervenção abrangentes e potencialmente mais eficazes.

A literatura tem apontado para um conjunto de fatores de risco para problemas internalizantes, dentre os quais encontram-se (a) psicopatologia parental, especialmente ansiedade e depressão; (b) práticas parentais negativas; (c) eventos de vida estressantes; (d) temperamento e processos cognitivos da criança; (e) dificuldades na relação com pares (DOZOIS; DOBSON, 2004; EPKINS; HECKLER, 2011; HUGHES; GULLONE, 2008). Tem-se assim que alguns fatores de risco estão diretamente relacionados a questões parentais: práticas parentais negativas e psicopatologia.

As práticas parentais negativas são apontadas enquanto importante foco para intervenções de prevenção e tratamento, justamente pelo fato da família ser um ambiente capaz de selecionar e manter repertórios de interação e enfrentamento de problemas de crianças e adolescentes (HUGHES; GULLONE, 2008). Problemas de psicopatologia parental, especialmente ansiedade e depressão, também são fatores de risco importantes, dado o efeito mediador entre práticas parentais negativas e problemas internalizantes dos filhos (BRENNING et al., 2012; SILK et al., 2011; WATSON et al., 2012). A hipótese é de que os pais de funcionamento ansioso ou depressivo interagem com os filhos fornecendo regras, modelos e reforçando diferencialmente comportamentos internalizantes. Estudos baseados em observação das interações parentais encontraram que tanto mães depressivas quanto ansiosas apresentam práticas parentais de pouco apoio e acolhimento, negatividade, excessos de controle, monitoramento e críticas (DOZOIS; DOBSON; WESTRA, 2004). Adicionalmente, mães ansiosas apresentam pouco otimismo, pensamentos catastróficos e falhas no ensino de autonomia enquanto mães depressivas apresentam inconsistência e pouca sensibilidade às emoções (DOZOIS; DOBSON; WESTRA, 2004).

As intervenções de prevenção enfatizam a redução de fatores de risco relacionados ao surgimento ou agravamento de problemas nos diferentes níveis de exposição ao risco. Tem-se atualmente três modalidades de prevenção: universal (intervenções oferecidas a populações independentemente da identificação de fatores de risco a princípio), seletiva (direcionada para pessoas expostas ou vulneráveis a fatores de risco específicos) e indicada (direcionada àqueles que apresentam precocemente sintomas, embora sem que exista um diagnóstico prévio ou critérios completos para um diagnóstico) (WEISZ et al., 2005). De modo geral, a lógica de enfatizar esforços de pesquisa e de saúde pública na prevenção em saúde mental contempla vantagens tanto econômicas para os serviços de saúde quanto de custo emocional para as pessoas acometidas (DOZOIS; DOBSON, 2004).

No contexto de prevenção em saúde mental destacam-se fatores de proteção relacionados ao desenvolvimento de características familiares e práticas parentais. No contexto de prevenção universal de ansiedade, destacam-se conteúdos sobre (a) ensinar pais para que possam promover relação de apego seguro com seus filhos; (b) ensinar pais a lidar e gerenciar a própria ansiedade e (c) ensinar os pais sobre como oferecer suporte aos filhos, promovendo enfrentamento das situações ao invés de esquivas (HUDSON et al., 2004; KENDALL; KESSLER, 2002). São indicados para a prevenção seletiva de ansiedade os conteúdos de (a) ênfase as necessidades de desenvolvimento das crianças; (b) promoção de práticas parentais competentes; (c) diminuição do estresse parental e (d) promoção de rede de apoio aos pais (LAFRENIERE; CAPUANO, 1997).

Com relação a prevenção universal da depressão, encontram-se recomendações sobre (a) identificação precoce de crianças e famílias vulneráveis aos riscos socioeconômicos e de psicopatologia; (b) ensinar pais sobre o papel parental; (c) promoção de rede de apoio para relações familiares; (d) desenvolver práticas parentais positivas e estabelecimento de relação de apego seguro com filhos (ESSAU, 2004). Para a prevenção seletiva de depressão devem

ser desenvolvidas pelos pais (a) habilidades de enfrentamento e resolução de problemas; (b) reestruturação cognitiva de crenças negativas; (c) habilidades sociais; (d) informações sobre desenvolvimento humano e (e) estratégias de manejo do estresse familiar (SSCHOCHET, HOLLAND; WHITEFIELD, 2001).

Sobre a prevenção indicada para depressão foi encontrado um programa de intervenção familiar com pais depressivos como foco no (a) desenvolvimento de práticas parentais positivas, (b) aumento da comunicação positiva entre os familiares e (c) fornecimento de informações sobre diferentes tratamentos para depressão. A intervenção não foi suficiente para remissão do diagnóstico de depressão dos pais, mas produziu efeitos positivos no funcionamento familiar (BEARDSLEE et al., 1993).

Nota-se que o desenvolvimento de práticas parentais positivas é uma variável constante nas recomendações e relatos de prevenção e intervenção de problemas internalizantes. Diferentes resultados sobre intervenções para problemas internalizantes que incluem os pais confirmam a importância de incluir variáveis familiares, uma vez que os conteúdos sobre estratégias de comunicação, habilidades de resolução de problemas e conflitos familiares, bem como o manejo das emoções de si próprios e dos filhos são elementos em comum entre os estudos (GILLHAM et al., 2006; HERMAN et al., 2011; TRUDEAU et al., 2012). De acordo com a literatura, parece plausível inferir que tanto a ênfase na redução de práticas negativas quanto na redução de sintomas e problemas de saúde mental dos pais, importantes fatores de risco mapeados pelas revisões de literatura estão sendo minimizados nas intervenções enquanto fatores de proteção são maximizados; entretanto, a proeminência do papel da família e da relação entre pais e filhos é pouco operacionalizada no caso de problemas internalizantes, diferentemente do que ocorre com o modelo conceitual sobre práticas parentais e desenvolvimento social dos filhos (ALAVARENGA; PICCINNI, 2007). Outra lacuna importante quanto às intervenções para

problemas internalizantes com componente parental consiste na ausência de medidas sobre variáveis familiares incluindo práticas parentais, cuja explicitação pode contribuir para confirmar ou ampliar o conhecimento sobre mecanismos de mudança nas interações pais-filhos e superação de queixas internalizantes das crianças e adolescentes relacionadas.

Embora se saiba que a combinação de intervenções (criança ou adolescente, pais e professores) possibilita os melhores resultados (HERMAN et al., 2011), é pouco investigado o potencial das intervenções exclusivamente com pais para a prevenção e/ou tratamento de problemas internalizantes; o que parece relevante tanto pela importância das práticas parentais descrita nos modelos explicativos (DOZOIS; DOBSON, 2004), quanto pela possibilidade de alteração preventiva e duradoura no funcionamento familiar no qual se inserem crianças e adolescentes. Intervenções exclusivamente conduzidas com pais com ênfase no desenvolvimento de práticas parentais positivas têm sido associadas à redução de problemas mistos dos tipos externalizantes e internalizantes, tanto de crianças quanto adolescentes (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; KANAMOTA, 2013; SANDERS et al., 2000; WEBSTER-STTRATON; HAMMOND, 1997), mas somente um estudo foi encontrado com a descrição dos efeitos de intervenção exclusivamente com pais sobre problemas de ansiedade (LA FRENIERE; CAPUANO, 1997). Essa é uma lacuna para a qual o presente estudo pretende contribuir.

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo descrever os efeitos de uma intervenção exclusivamente com mães em relação aos problemas internalizantes, habilidades sociais infantis, práticas parentais positivas e negativas, em contexto de prevenção indicada. Adicionalmente, objetiva-se descrever e hipotetizar possíveis mecanismos de mudança clínica a partir das mudanças nas variáveis mensuradas.

MÉTODO

Participantes e razão dos encaminhamentos para intervenção

As mães participantes do presente estudo de intervenção não procuraram atendimento espontaneamente, mas foram convidadas para a intervenção a partir dos resultados em nível clínico encontrados em um estudo de caracterização sobre problemas de comportamento e práticas parentais junto a uma amostra do ensino fundamental. As medidas obtidas por esse estudo prévio serviram como linha de base para as participantes. O percurso amostral iniciou-se pelo convite a 24 mães desta amostra inicial as quais tinham um filho caracterizado por nível limítrofe ou clínico para problemas exclusivamente internalizantes a partir do CBCL e por isso foram convidadas a participar de uma intervenção preventiva. Seis mães aceitaram o convite inicialmente e participaram de uma nova coleta de dados pré-intervenção. Ao final dessa avaliação, três participantes afirmaram não precisar ou não se interessar pela intervenção sobre práticas parentais e não aderiram à intervenção. As três participantes que aderiram à intervenção individual concordaram em participar da pesquisa e assinaram um termo de consentimento com esclarecimentos sobre a pesquisa.

As mães participantes da intervenção estão identificadas como P1, P2 e P3 para garantia do sigilo. P1 tinha 33 anos, era casada e mãe de duas meninas de 8 e 5 anos, sendo que a mais velha foi a criança diagnosticada com problemas internalizantes. P1 estava cursando o ensino superior e trabalhava como auxiliar de ensino no contexto de educação especial. P2 tinha 39 anos, era divorciada e mãe de uma jovem de 21 e um menino de 8 anos, o qual foi diagnosticado com problemas internalizantes. P2 tinha formação do 1º. grau completo e trabalhava como funcionária doméstica e cuidadora de idosos. P3 tinha 30 anos, estava casada ao início da intervenção e divorciou-se antes da avaliação de *follow-up*. P3 era mãe de uma menina de 10 anos e um menino de 6 anos, sendo que a menina foi a criança

diagnosticada com problemas internalizantes. P3 tinha formação do 2º. grau completo e trabalhava como manicure e artesã.

A amostra do presente estudo apresenta características homogêneas na linha de base: quanto ao diagnóstico de problemas exclusivamente internalizantes das crianças pelo relato das mães; ausência de problemas de comportamento de quaisquer tipos ou problemas no desempenho acadêmico pelo relato das professoras; bem como mães sem apresentação de sintomas depressivos. Nenhuma das participantes ou filhos que motivaram o tratamento tinham histórico de intervenções psicológicas ou farmacológicas.

Delineamento

O presente estudo consiste na apresentação de três casos clínicos (VIRUÈS-ORTEGA; MORENO-RODRIGUEZ, 2008) conduzidos e avaliados pelo elinemanento experimental de caso único (COZBY, 2003). Foram obtidas medidas sobre problemas de comportamento, habilidades sociais infantis, depressão materna e práticas educativas parentais em quatro momentos distintos: linha de base (provenientes de um estudo prévio de carcterização), pré-teste, pós-teste e follow-up; com exceção de P2 que não possui medidas de linha de base.

No presente estudo foi garantida a adesão entre as mães P1, P2 e P3 no sentido de que não houve abandono ao tratamento quando iniciado. Nesse contexto, algumas estratégias para o favorecimento da adesão merecem ser destacados. Sabe-se que a adesão ao tratamento consiste em um importante desafio para pesquisadores e clínicos, tendo em vista que estudos encontram que cerca de 30% dos pacientes abandonam o tratamento antes de seu início (ISSAKIDIS; ANDREWS, 2004). No presente estudo, cada intervenção ocorreu em condições diferentes de atendimento clínico (P1 teve atendimento domiciliar, P2 foi atendida em ambiente escolar e P3 teve a intervenção em clínica-escola), sendo que a flexibilidade quanto ao *setting* terapêutico ocorreu para facilitar a adesão das participantes considerando as

possibilidades de deslocamento no espaço urbano e inconsistência de horários, conforme recomendações da literatura (SNELL-JOHNS; MENDEZ; SMITH, 2003).

Instrumentos e estratégias de avaliação

a) *Child Behavior Check List - CBCL*: foi escolhido para avaliação de problemas de comportamento por ser um instrumento considerado padrão-ouro na área. Consiste em um instrumento que investiga frequência de problemas de comportamento, sugerindo a classificação diagnósticas de normal, clínico e limítrofe para problemas externalizantes, internalizantes e seus respectivos subtipos (ACHENBACH; RESCOLA, 2001). Os escores T são apresentados com variações entre 0 e 100; para os problemas de comportamento os escores T menores que 70 indicam prejuízo em nível clínico, sendo que quanto menores os escores T maior é o número ou severidade dos sintomas. Em avaliação preliminar em amostra brasileira os resultados advindos das respostas das mães foram comparadas com resultados de avaliação psiquiátrica e apresentaram alto índice de correlação e validade interna (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995).

b) *Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais - RE-HSE-P*: consiste em um roteiro de entrevista semi-estruturado, pelo qual comportamentos, antecedentes e consequências das interações estabelecidas entre pais e filhos são descritos (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011). O RE-HSE-P apresenta as classificações em clínico, não clínico e limítrofe para frequência e o conteúdo dos comportamentos de habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais infantis, práticas educativas negativas, problema de comportamento dos filhos e variáveis de contexto. A fidedignidade do RE-HSE-P (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2010) foi atestada pela realização de testes de correlação de Spearman, nos quais o instrumento obteve correlações significativas para as mães (correlação igual a 0,76, significativa a 5%) e para os pais

(correlação igual a 0,89, significativa a 1%) (BOLSONI-SILVA, 2003). O instrumento apresentou um alfa de 0,846 quanto à consistência interna.

c) *Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas – QRSH- Pais*: é um instrumento de relato dos pais sobre respostas de habilidades sociais de seus filhos (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; LOUREIRO, 2011). São 18 habilidades sociais investigadas classificadas em *sociabilidade e expressividade emocional, iniciativa social, busca de suporte e habilidades de “não se intimidar”*. A consistência interna foi aferida para o escore total, com o valor de alfa obtido em 0,82. Pelo escore total de habilidades sociais da criança é possível diferenciar grupos com indicativos de problemas de comportamento (com média abaixo de 25,22).

d) *PHQ-9*: é um módulo de um instrumento diagnóstico de psicopatologia composto por nove itens baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior do DSM-IV (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001) que possibilita tanto o rastreamento de sinais e sintomas como a classificação de níveis de gravidade considerando as últimas duas semanas. O escore total é obtido pela somatória dos itens que pode variar de zero a 27, sendo considerado indicador positivo de sinais e sintomas da Depressão Maior valores maiores ou igual a dez (KROENKE et al., 2001). Os resultados do PHQ-9 em comparação a entrevista diagnóstica demonstraram excelente validade, com uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$). A nota de corte maior ou igual a dez mostrou-se a mais adequada para rastreamento da depressão, com sensibilidade (S) de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (OSÓRIO et al., 2008).

e) *Roteiro de Entrevista Clínica Semiestruturada*: é um instrumento qualitativo e foi aplicado com o objetivo de acolher a participante, informar sobre o atendimento, coletar dados sobre queixas e variáveis relacionadas, e identificar demandas adicionais das mães com relação à intervenção (BOLSONI-SILVA; BITONDI; MARTURANO, 2008).

Formulação dos casos clínicos

A partir da entrevista clínica semi-estruturada e dos resultados dos instrumentos no pré-teste foi possível a formulação dos casos. As semelhanças e diferenças quanto aos problemas de comportamento e respectivas variáveis ligadas à aquisição e manutenção de tais problemas encontram-se resumidas na Tabela 1.

Vale ressaltar que embora problemas externalizantes ocorressem em frequência não significativa para padrões diagnósticos pelo CBCL, as mães se incomodavam frequentemente com tais comportamentos e os relatavam enquanto grandes dificuldades na interação com a criança. Nesse sentido, a existência de problemas externalizantes, independentemente da frequência apresentada, foi descrita pelas três mães como uma variável diretamente responsável pela adesão à intervenção.

Estabeleceu-se enquanto hipótese que os problemas internalizantes das crianças ocorreriam dentro de um contexto familiar no qual as experiências prévias de privação de afeto e vulnerabilidade a sentir-se inadequada ou inferior às expectativas parentais modulam o valor reforçador de práticas parentais de demonstração de aprovação e aceitação, bem como o valor aversivo de sentir-se criticado ou punido pela maneira que se comporta. Nesse sentido, diante de situações cotidianas de tarefas, rotinas, avaliação e conflitos, para as quais são apresentadas regras e expectativas exigentes e rígidas sobre o desempenho, as crianças tem maiores probabilidades de emitir comportamentos internalizantes, na medida em que produzem consequências diferencialmente reforçadoras por parte das mães.

Portanto, constata-se um processo contínuo de modelagem de padrões internalizantes na interação parental, ao qual se somam efeitos colaterais como aumento de sentimentos como ansiedade, tristeza e sensação de desamparo. Concomitantemente, tanto habilidades sociais de enfrentamento quanto comportamentos externalizantes da criança, na medida em que ameaçam a autoridade ou não correspondem às expectativas e regras parentais são

Tabela 1 – Semelhanças e diferenças entre os três casos clínicos

Semelhanças	
Queixas de problemas internalizantes	ao menos três dos sintomas internalizantes a seguir: excesso de preocupações, ansiedade, tristeza, comparar-se de modo negativo, dificuldade de recusar pedidos de pares, medo de crescer e ficar mais velho, medo de magoar os outros, dependência, perfeccionismo, rigidez de regras, rigidez na avaliação dos outros, roer unhas, dificuldade de expressar sentimentos, sentir-se rejeitado ou preterido.
Queixas de problemas externalizantes	questionamento das regras, teimosia, desobediência, rejeitar carinho, recusar pedidos, agressividade verbal e brigas com o irmão, irritabilidade.
Outras características dos filhos	(a) justificam para as mães a emissão de problemas externalizantes por se sentirem altamente injustiçados ou no limite das próprias emoções; (b) protegem ou poupam os irmãos, para agradar os pais e os irmãos e para diminuir a própria culpa; (c) comparam-se estabelecendo relações nas quais estão inferiorizados ou prejudicados, demonstrando frequentemente problemas com relação à autoestima; (d) esquivas de enfrentamento em situações sociais; (e) prestam ajuda, colaborativos, ótimo rendimento escolar; (f) muito observadores e muito sensíveis tanto às críticas, reprovações quanto aos elogios e aprovações.
Práticas parentais	a) expectativas e exigências altas: servir de exemplo ou cuidar do irmão, ser excelente aluno, obedecer e ser responsável sempre; não apresentar dificuldades; (b) rigidez de regras e práticas, inflexibilidade: pouca variabilidade, resistência a mudanças; punição verbal; (c) pouca sensibilidade às emoções negativas dos filhos, falta de empatia e de reconhecer direitos das crianças; (d) uso frequente de comparações que inferiorizam; (f) uso raro de elogio ou feedback positivo, quando ocorre é contingente ao desempenho escolar, obediência e seguimento de regras e expectativas maternas; (g) ansiosas: diante de conflitos familiares, problemas conjugais, críticas ou exigências, frustrações, divergências.
Diferenças	
Inconsistência parental	Muitas divergências entre as participantes e os pais de seus filhos com relação à regras e práticas. No caso de P2, o pai de seu filho era seu ex-marido, e no caso de P3 era marido no começo da intervenção e deixou de ser posteriormente.
Outros problemas familiares	P2 e P3 queixavam-se dos padrões de negligência e alta exigência das próprias mães no passado ou presente, além de que sentiam-se inferiorizadas ou sobrecarregadas em comparação aos seus irmãos. No caso de P3, havia problemas conjugais frequentes.
Outras variáveis históricas	P2 e P3 praticavam agressão física contra os filhos esporadicamente, quando nenhuma outra prática parental que dispunham funcionasse. No caso de P3, o irmão da criança com problemas internalizantes havia nascido com graves problemas de saúde, a partir do que desenvolveu-se uma história de preferência materna e maior vínculo afetivo com ele.

punidos a partir de práticas negativas de invalidação, críticas amplas, castigos, comparações, demonstrações de rejeição ou decepção, ao mesmo tempo em que ocasionalmente produzem alguns reforçadores como alívio de sentimentos negativos e produção de maior atenção, ainda que acompanhado de punições como a intensificação de críticas e exigências.

Procedimento de intervenção

O presente estudo caracteriza-se por uma intervenção de prevenção indicada (WEISZ et al., 2005) e a seleção do procedimento de intervenção adotado ocorreu consonante ao objetivo do presente estudo. O procedimento em questão (BOLSONI-SILVA, 2007) foi selecionado em função da ênfase na promoção de competência social dos pais para interações mais positivas com seus filhos (BOLSONI-SILVA et al., 2010), o que por hipótese contemplaria o desenvolvimento de fatores de proteção familiares previstos pelos estudos anteriormente citados sobre prevenção de ansiedade e depressão. Adicionalmente, o procedimento selecionado produziu resultados favoráveis quanto a prevenção indicada e tratamento de problemas de comportamento externalizantes ou mistos, tanto com atendimentos em grupo quanto individualmente, com mães de pré-escolares, escolares e adolescentes (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010).

O procedimento e recomendações de aplicação se encontram descritos (BOLSONI-SILVA, 2007) e prevê a realização de aproximadamente 14 sessões baseadas em conteúdos temáticos sobre práticas parentais positivas. A Tabela 2 mostra os temas, organizadas de modo crescente em complexidade, na tentativa de garantir inicialmente a aquisição de habilidades consideradas como pré-requisitos ou facilitadoras para o desenvolvimento de outras práticas subsequentes. O conteúdo relativo a tais temas em práticas parentais estão descritos na Cartilha Informativa (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2013),

elaborada como material de apoio para pais e mães participantes da intervenção durante e após as sessões.

O processo terapêutico foi baseado na Terapia Analítico Comportamental e as principais técnicas usadas foram à análise funcional, *role-playing* ou ensaio comportamental, modelagem, modelação, reforçamento diferencial de comportamentos-alvo nos relatos, nas tarefas de casa e na interação terapeuta-cliente (BOLSONI-SILVA, 2007). Os comportamentos de manejo do terapeuta analítico-comportamental consistem em demonstrar empatia, fazer perguntas sobre fatos e sentimentos, solicitar reflexões, estabelecer de relações explicativas, fornecer informações, fazer recomendações, concordar ou aprovar e discordar ou reprovar (SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010; ZAMIGNANI; MEYER, 2011).

As sessões ocorriam semanalmente e tinham duração entre 90 e 120 minutos. Cada sessão era organizada em diferentes momentos e objetivos, que incluíam a discussão e análise funcional sobre relatos da tarefa de casa proposta na sessão anterior, apresentação e reflexão sobre um ou mais temas sobre práticas parentais positivas previstas, a apresentação da próxima tarefa de casa e a avaliação da sessão. Em cada uma das sessões, os temas em práticas parentais foram apresentados e desenvolvidos de forma contingente às dificuldades e problemas apresentados pelas mães, ou seja, de modo flexível, particular e coerente com a avaliação funcional de cada caso. As tarefas de casa eram propostas em relação a aplicação das práticas parentais discutidas e desenvolvidas, para que as mães tivessem condições de emitir tais repertórios em situação aplicada de modo a favorecer a generalização dos comportamentos para a relação com os filhos e outros familiares. Ao mesmo tempo, os relatos sobre as tarefas de casa favoreciam a obtenção de relatos específicos sobre dificuldades e potencialidades das mães nas interações estabelecidas com os filhos, permitindo o aprimoramento das práticas parentais ao longo das sessões subsequentes.

Tabela 2: Descrição de temas sobre habilidades sociais educativas parentais do procedimento semi-estruturado

Sessão	Temas
1	Apresentação. Iniciar e manter conversação
2	Fazer e responder perguntas
3	Expressar sentimentos positivos, elogiar, agradecer, dar feedback positivo
4	Direitos humanos nas relações interpessoais
5	Expressar e ouvir opiniões de concordância e discordância
6	Diferenças entre assertividade, passividade, agressividade
7	Expressar sentimentos negativos, dar feedback negativo
8	Fazer, receber e recusar pedidos
9	Fazer e receber críticas, admitir erros, pedir desculpas
10	Consistência dos pais quanto a regras e limites
11	Atitudes dos pais que dificultam estabelecer limites
12	Ignorar comportamentos problema e reforçamento diferencial de comportamentos socialmente habilidosos
13	Estabelecer e consequenciar regras; negociar
14	Tema livre: relação conjugal, avós, problemas no trabalho

Uma importante característica da implementação desse procedimento de intervenção é seu caráter semi-estruturado, ou seja, prever uma estrutura quanto aos temas, conteúdos e estratégias para as sessões baseados em recomendações da literatura da área, ao mesmo tempo em que prioriza a flexibilização de aspectos como número de sessões, sequencia e repetição de temas em práticas parentais e inclusão de temas relativos a outras relações familiares relevantes para a manutenção ou superação das dificuldades. A flexibilização de procedimentos de intervenção para tratamento de problemas externalizantes e internalizantes tem sido recomendada (BAUERMEISTER et al., 2006) no sentido de produzir os ajustes necessários quanto aos recursos comportamentais, questões culturais e aspectos motivacionais dos pais, assim como quanto à gravidade do problema de comportamento da criança.

Características da intervenção adotada e comportamentos da terapeuta previstos pelo procedimento tiveram a função de aumentar a probabilidade do cliente se manter no tratamento favorecendo a adesão. O procedimento adotado (BOLSONI-SILVA, 2007) prevê uma relação entre terapeuta e pais baseada no modelo colaborativo de intervenção (WEBSTER-STTRATON; HERBERT, 1993) pelo qual se recomenda a valorização das

alternativas sugeridas pelos pais para diminuição das próprias dificuldades, o que caracteriza os pais enquanto coterapeutas para o estabelecimento de condições favoráveis para as mudanças no ambiente familiar. O conteúdo é desenvolvido a partir do modelo construcional de intervenção (GOLDIAMOND, 2002), que pressupõe o fortalecimento das reservas comportamentais existentes e ampliação dos repertórios que sejam funcionalmente equivalentes aos problemas e dificuldades; no caso da intervenção com mães, as práticas parentais positivas existentes são fortalecidas e são ampliadas as situações de aplicação das mesmas, enquanto práticas parentais positivas inexistentes no repertório materno são desenvolvidas enquanto alternativas às práticas parentais negativas vigentes de modo a aumentar a capacidade de resolução de problemas interpessoais e ampliação da qualidade da interação parental. Tanto o modelo colaborativo de interação com pais e o modelo construcional de repertórios enquanto ênfase da intervenção são características do tratamento que parecem favorecer a adesão, uma vez que a valorização do papel parental no desenvolvimento saudável dos filhos e a ênfase na ampliação de repertórios e competência social dos pais contribui para a autonomia dos mesmos na interação com os filhos.

Estudos prévios sobre o processo terapêutico do tratamento adotado descrevem que a implementação é caracterizada pela alta frequência de aprovação, informação, solicitação de relato, recomendação e interpretação enquanto comportamentos de manejo do terapeuta (SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010), e que tanto empatia quanto recomendação são comportamentos contribuem positivamente para adesão dos pais enquanto recomendação, ao contrário do que se prescreve na literatura, contribuiu para obtenção de resultados melhores sobre práticas parentais positivas e resolução de problemas de comportamento dos filhos (KANAMOTA, 2013).

Os três casos P1, P2 e P3 tiveram a mesma terapeuta e supervisora clínica, sendo que ambas têm formação analítico-comportamental e experiência quanto à aplicação do

procedimento adotado. Cada sessão de cada participante foi planejada previamente à sua implementação, considerando os objetivos específicos e as análises construídas nas sessões anteriores, com especial atenção quanto flexibilização das características semi-estruturadas de maneira contingente às demandas de cada caso. Esses procedimentos foram adotados com a função de minimização de vieses pessoais do terapeuta para tomada de decisões durante o processo clínico. Nessa perspectiva e de acordo com as demandas e análise dos casos, a intervenção com P1 totalizou 14 sessões e caracterizou-se pelo seguimento da estruturação previstas pelo procedimento; enquanto P2 e P3 totalizaram respectivamente 15 e 17 sessões, cujos conteúdos em práticas parentais positivas e repertórios sociais nas demais relações familiares foram desenvolvidos em sequência e frequência distintas.

RESULTADOS

Eficácia e efetividade da intervenção

A eficácia da intervenção pode ser averiguada pela comparação dos resultados de cada participante com ele mesmo através dos diferentes instrumentos e nos diferentes momentos de avaliação. Nenhuma das participantes apresentaram em quaisquer dos momentos de avaliação sintomas depressivos em nível moderado ou intenso, considerando tanto o número quanto a severidade das dificuldades, de acordo com as normas de correção do PHQ-9 para população brasileira (OSÓRIO et al., 2008). Esses resultados demonstram que depressão materna, um importante fator de risco para origem e manutenção de problemas internalizantes, não atuou sobre a amostra do presente estudo em nenhum momento de avaliação de acordo com o instrumento usado.

A Tabela 3 apresenta os resultados do CBCL quanto aos problemas de comportamento (internalizantes, externalizantes e subtipos). Os dados permitem observar que na linha de base

(ou no pré-teste, no caso de P2) as crianças apresentavam exclusivamente problemas internalizantes. Tanto escores classificados como limítrofes (L) quanto clínicos (C) foram considerados enquanto medidas diagnósticas de problemas internalizantes no presente estudo. Os resultados de linha de base e pré-teste demonstram a estabilidade ou agravamento de problemas internalizantes dos filhos das três participantes com a passagem do tempo. Ainda de acordo com a Tabela 3, é possível observar que no pós-teste as três participantes relataram diminuição dos problemas internalizantes dos filhos para níveis não-clínicos. Nesse sentido, o procedimento de intervenção adotado demonstrou-se eficaz para redução de problemas internalizantes. Adicionalmente, observa-se a manutenção de escores não-clínicos na avaliação de seguimento das crianças cujas mães participaram da intervenção, o que demonstra a estabilidade das melhoras e possivelmente dos mecanismos de mudança responsáveis pela manutenção dos problemas internalizantes.

A Tabela 3 também apresenta adicionalmente os resultados do instrumento QRSH-Pais em todos os momentos de avaliação. De acordo com os critérios desse instrumento, escores totais menores do que 25 indicam baixo repertório de habilidades sociais e sugerem a ocorrência de problemas de comportamento das crianças. Observa-se que os escores que já eram não-clínicos se mantêm ou se ampliam ainda mais após a intervenção. Nesse sentido, parece possível afirmar que o procedimento de intervenção pode ter contribuído para o aumento na frequência das habilidades sociais das crianças, embora os dados do pré-teste demonstrem que os filhos já apresentavam bom repertório de habilidades sociais antes da intervenção, concomitantemente com problemas internalizantes em nível clínico.

A Tabela 4 apresenta os resultados das categorias de análise do instrumento RE-HSE-P. Foram encontradas algumas semelhanças nas medidas desse instrumento entre as três participantes. A comparação entre os resultados de linha de base e pré-teste com pós-teste e seguimento permite discutir o papel do procedimento de intervenção com mães na mudança

do repertório materno de interação com os filhos enquanto mecanismo de mudança responsável pela remissão dos problemas internalizantes identificada pelo CBCL (conforme Tabela 3).

Tabela 3: Resultados do CBCL (escores T) e do QRSH-Pais (somatória) quanto aos problemas de comportamento e habilidades sociais dos filhos das participantes

CBCL	P1				P2			P3			
Problemas	LB	PRÉ	PÓS	SEG	PRÉ	PÓS	SEG	LB	PRÉ	PÓS	SEG
Internalizantes	L63	C68	N52	N48	C65	N45	N41	C64	C75	N43	N50
- Afetivos	N50	N60	N50	N50	N56	N52	N50	N60	L66	N52	N56
- Ansiedade	L67	C70	N59	N54	C73	N60	N51	N64	N63	N51	N62
- Somatização	N50	N50	N50	N50	N50	N50	N50	L65	C73	N50	N50
QRSH	N31	N27	N34	N34	N36	N36	N36	N26	N31	N36	N34

LB – linha de base; PRÉ – pré-teste; PÓS – pós-teste; SEG – seguimento ou follow-up.

N – classificação não-clínica; L – classificação limítrofe; C – classificação clínica.

Resultados em negrito: escores T classificados como limítrofes ou clínicos pelo CBCL.

Tabela 4: Resultados de variabilidade (conteúdo) e frequência das categorias do RE-HSE-P

RE-HSE-P	P1				P2			P3			
Conteúdo	LB	PRÉ	PÓS	SEG	PRE	POS	SEG	LB	PRE	POS	SEG
HSE-P	11NC	15NC	18NC	11NC	12NC	18NC	14NC	10NC	12NC	13 NC	15 NC
HS	17NC	16NC	23NC	17NC	13NC	23NC	16NC	12NC	12NC	12 NC	20- NC
CONT	14NC	9L	14NC	12NC	15NC	24NC	20NC	16NC	17NC	11 NC	26 NC
PR NEG	7C	10C	3NC	0NC	7C	4NC	3NC	12C	10C	6 L	11 C
PROBL	10C	5NC	4NC	1NC	3NC	3NC	1NC	10C	10C	2 NC	7 NC
Frequência	LB	PRÉ	PÓS	SEG	PRE	POS	SEG	LB	PRE	POS	SEG
HSE-P	8C	9C	11L	12L	10C	14NC	11L	10C	8C	15 NC	11 L
HS	7C	9C	11L	12L	10C	16NC	13NC	7C	8C	11 L	11 L
CONT	0C	2C	2C	0C	1C	2C	2C	1C	2C	1C	2C
PR NEG	1NC	6NC	2NC	0NC	4NC	1NC	0NC	12C	9-NC	1NC	4NC
PROBL	0NC	0NC	0NC	1NC	0NC	1NC	0NC	0NC	0-NC	1NC	0NC

Legenda: LB – linha de base; PRÉ – pré-teste; PÓS – pós-teste; SEG – seguimento ou follow-up.

HSE-P – habilidades sociais educativas parentais; HS – habilidades sociais infantis; CONT – contextos de interação; PR NEG – práticas parentais negativas; PROBL – problemas de comportamento.

N – classificação não-clínica; L – classificação limítrofe; C – classificação clínica.

Resultados em negrito: escores classificados como limítrofes ou clínicos pelo instrumento.

Observa-se que desde a linha de base e pré-teste foi identificada variabilidade adequada (escores não clínicos) de habilidades sociais educativas parentais (HSE-P) no repertório das mães; entretanto as HSE-P eram emitidas em baixa frequência (escore clínicos). No pós-teste e seguimento foram constatadas melhoras quanto a frequência de HSE-P (escores não clínicos ou limitrofes). O mesmo ocorre com relação as habilidades sociais das crianças, as quais desde a linha de base e pré-teste eram diversificadas no repertório infantil (escores não clínicos), entretanto eram emitidas em baixa frequência (escores clínicos) antes da intervenção. Também quanto à frequência de HS foram observadas melhoras no pós-teste e seguimento (escores não clínicos ou limitrofes).

Quanto às práticas parentais negativas (PR NEG) um padrão distinto pode ser observado. Embora desde a linha de base e pré-teste a frequência de práticas negativas emitidas pelas mães era baixa (escores não clínicos), havia variabilidade inadequada das mesmas antes da intervenção (escores clínicos). Isso significa dizer que as mães apresentavam diversas práticas negativas na interação com os filhos, ainda que a frequência dessas práticas não pudesse ser classificada como clínica. Após a intervenção e no seguimento observou-se uma redução na variabilidade de práticas negativas das mães P1 e P2 (escores não clínicos); enquanto que para P3 as melhoras no pós-teste foram mais sutis (escore limítrofe), além de que foi possível observar no seguimento um novo aumento de variabilidade de práticas negativas (escore clínico). Quanto aos problemas de comportamento dos filhos, o instrumento RE-HSE-P permite identificar que estes ocorriam em frequência baixa (escores não clínicos) desde a linha de base e pré-teste, embora a variabilidade dos problemas fosse crítica para P1 e P3 (escores clínicos), para os quais observou-se melhora na redução da variabilidade de problemas de comportamento (escores não clínicos). Observa-se ainda que, com exceção de P1 no pré-teste, os contextos de interação (CONT) entre mães e filhos eram variados desde

antes da intervenção (escores não clínicos); mas a frequência de interação nos diferentes contextos era baixa (escores clínicos), o que não foi alterado após a intervenção.

DISCUSSÃO

Esse estudo obteve como objetivo avaliar os efeitos de um procedimento de intervenção semi-estruturado com mães de crianças com problemas exclusivamente internalizantes. Os principais resultados incluem a redução de problemas internalizantes a nível não-clínico após a intervenção e no follow-up de seis meses, bem como o aumento na frequência de práticas parentais positivas e uma diminuição na variabilidade de práticas parentais negativas das mães participantes. Tais resultados obtidos pelo presente estudo dialogam com a literatura empírica sobre problemas internalizantes em diferentes aspectos.

Os efeitos do procedimento empregado sinalizam a possibilidade de intervenção exclusivamente com mães enquanto alternativa eficaz e efetiva no contexto de prevenção indicada para problemas internalizantes. Nesse sentido, o presente estudo contempla uma importante lacuna relacionada à escassez de estudos que incluam ou enfatizem a participação dos pais no tratamento de problemas internalizantes (WEISZ; HAWLEY; JENSEN-DOSS, 2004). Trata-se de uma intervenção com foco nos pais, suas práticas parentais e eventuais dificuldades em relações familiares que influenciam e são influenciadas pela relação parental. Nesse sentido, o modelo de intervenção aplicado parece atribuir aos pais o papel de mediadores do desenvolvimento dos filhos, cujos comportamentos serão gerenciados através das práticas parentais desenvolvidas durante a intervenção (HERMAN et al., 2011; STALLARD, 2010. TRUDEAU et al., 2012), a partir do modelo construcional de repertórios funcionalmente equivalentes (GOLDIAMOND, 2002), através do modelo colaborativo (WEBSTER-STTRATON; HERBERT, 1993) de envolvimento dos pais no processo de

mudança. De modo complementar, os pais são abordados como os clientes (GILLHAM et al., 2006; STALLARD, 2010), na medida em que diferentes demandas e dificuldades em relações familiares foram atendidas e não se intervém diretamente com a criança.

Nesse modelo de intervenção, as mães encontram condições para identificar e analisar as contingências que descrevem as relações parentais e familiares, pelas quais suas próprias dificuldades se estabeleceram e influenciaram o surgimento e manutenção dos problemas de comportamento dos filhos. De modo geral, o conteúdo manejado nas sessões inclui história familiar, regras, expectativas, motivações e repertórios de interação da cliente; enquanto informações, reflexões e exercícios permitem o desenvolvimento de práticas parentais e repertórios de interação com outros familiares que tenham função tanto de aumentar a qualidade da relação quanto de resolver conflitos e manejar problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; RIBEIRO; MARTURANO, 2008; SILVEIRA et al., 2010), ambas funções parentais ligadas à promoção de saúde de crianças (DOZOIS; DOBSON, 2004).

Um dos destaques do estudo se refere à ênfase na promoção práticas parentais positivas como ênfase de prevenção e tratamento (BOLSONI-SILVA; RIBEIRO; MARTURANO, 2008; ALVARENGA, 2001), contemplando as variáveis descritas pela literatura de caracterização como fatores de proteção à internalização; como por exemplo, pelo estabelecimento de comunicação positiva (que inclui os interesses e necessidades da criança), demonstrações de afeto e regras que permitam a criança sentir-se segura e confiante, aumento da responsividade materna às emoções dos filhos, demonstrações de apoio e acolhimento, bem como manejo efetivo de problemas (BRENNING et al., 2012; DOZOIS; DOBSON, 2004; LUEBBE et al., 2011). Práticas parentais negativas, como superproteção (MEITES et al., 2012); pouco acolhimento, falta de apoio, pouco suporte, pouco cuidado ou negligência (MEITES et al., 2012); afetividade negativa ou negatividade (LUEBBE et al., 2011); punição ou negligência às emoções negativas dos filhos (LUEBBE et al., 2011);

práticas caracterizadas como exigentes, rigorosas, severas ou excessivamente críticas (TAYLOR et al., 2011); distresse parental, inconsistência parental e número de conflitos na família (BEAUDOIN et al., 2013) foram minimizadas na medida em que foram substituídas por práticas parentais mais efetivas tanto para a qualidade da relação quanto para redução de problemas e conflitos. Tanto os fatores de proteção ampliados e fatores de risco minimizados com relação às práticas parentais são condizentes com as categorias de comportamentos mensurados pelo RE-HSE-P, respectivamente habilidades sociais educativas parentais e práticas parentais negativas.

Do ponto de vista do conteúdo do procedimento de intervenção adotado compreende-se que importantes recomendações da área de promoção de saúde e prevenção de problemas de ansiedade e depressão na infância tenham sido contempladas, especialmente quanto à ênfase na psicoeducação sobre direitos e necessidades de desenvolvimento dos filhos (BEARDSLEE et al., 1993; LAFRENIERE; CAPUANO, 1997; SCHOCHET et al, 2001); no desenvolvimento de práticas parentais positivas efetivas e capazes de promover segurança aos filhos (ESSAU, 2004; HUDSON et al., 2004; KENDALL; KESSLER, 2002; LA FRENIERE; CAPUANO, 1997; SCHOCHET et al., 2001); bem como estratégias para resolver problemas (SCHOCHET et al., 2001), principalmente quanto promover enfrentamento com autonomia ao invés de esquivas dos filhos (HUDSON et al., 2004; KENDALL; KESSLER, 2002); assim como minimização do estresse e conflitos conjugais e familiares (ESSAU, 2004; LA FRENIERE; CAPUANO; 1997; SCHOCHET et al., 2001).

Destacam-se também algumas evidências sobre a efetividade da intervenção, no sentido de produzir resultados eficazes quanto a minimização de problemas e promoção de saúde dentro de período de tempo de implementação breve (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002). A duração de 14 a 17 sessões de 2 horas cada (distribuídas ao longo de 4 a 5 meses) em associação aos resultados que demonstram eficácia do procedimento na redução de

problemas internalizantes sugere a efetividade do mesmo. Nesse sentido, apresenta-se como mais efetivo do que as intervenções parentais descritas por Herman e colaboradores (2011) e menos efetivo do que os componentes parentais desenvolvidos por outros autores (GILLHAM et al., 2006; TRUDEAU et al., 2012).

Discute-se como hipótese funcional que a ênfase na análise de contingências familiares e ampliação das praticas parentais positivas possibilitaram o aumento da frequência com que essas alternativas fossem emitidas na interação com os filhos e demais familiares, o que corresponde ao aumento de competência social (BOLSONI-SILVA, 2002), na medida em que se fez possível a emissão de praticas parentais positivas (previamente existentes ou ensinadas na intervenção) com funções de produzir melhoras na qualidade da interação com os filhos e de resolver conflitos e problemas. O aumento na competencia social, identificado pelo aumento da frequência de práticas parentais positivas, parece ter tornado as práticas parentais negativas menos diversificadas e menos frequentes na medida em que não mais seriam necessárias ou suficientemente funcionais na interação com os filhos em comparação com as alternativas socialmente habilidosas construídas. Essas mudanças no repertório parental de interação podem explicar a superação de problemas internalizantes e aumento na frequência de habilidades sociais infantis.

Vale ressaltar que as três crianças apresentavam bom repertório de habilidades sociais, em nível não-clínico, desde a linha de base. Nesse sentido, parece plausível que essa variável não tenha sido um fator de proteção suficiente para prevenir problemas internalizantes dessas crianças em contexto familiar. Em concordância com Leme e Bolsoni-Silva (2010), foi possível observar que as mães puniam de diferentes formas as habilidades sociais de expressão de sentimentos e de enfrentamento e modelavam inadvertidamente comportamentos internalizantes. Adicionalmente, em função de práticas de alta exigência e criticidade,

estavam sempre atentas e se incomodavam desproporcionalmente com a emissão ocasional de problemas externalizantes.

Interessante estabelecer a hipótese de que diversas práticas parentais positivas, apontadas pela literatura da área e desenvolvidas no procedimento de intervenção, concorrem com a emissão de práticas parentais negativas, no sentido de serem por vezes incompatíveis e com frequência são funcionalmente equivalentes (GOLDIAMON, 1974), na medida em que o aumento de frequência de práticas positivas substituiu a diversidade de práticas negativas, garantindo as mesmas funções na interação parental além de produzir maior qualidade na relação parental e diminuir a probabilidade de problemas internalizantes. Entretanto, considerando o caso P3, discute-se que provavelmente os problemas conjugais que culminaram em uma separação conflituosa parecem ter interferido na manutenção de diversidade de práticas negativas (em nível limítrofe no pós-teste e em nível clínico no seguimento), apesar dos problemas internalizantes permanecerem em nível não-clínico em ambos os momentos após a intervenção.

O estresse e conflito conjugal, ao lado da psicopatologia parental, estão entre os principais fatores inversamente relacionados com a mudança terapêutica (SNEEL-JOHNS et al., 2003), além de que são importantes fatores de risco para problemas internalizantes (HUGHES; GULLONE, 2008). Nessa perspectiva, intervenções adicionais ao longo do tempo podem ser relevantes e efetivas para o restabelecimento das relações familiares com foco na prevenção de recaídas quando a níveis clínicos de problemas internalizantes futuros. Apesar disso, o fato dos problemas de comportamento se estabelecerem em nível não-clínico no pós-teste e seguimento de P3, tanto pelo CBCL quanto pelo RE-HSE-P possibilita uma discussão sobre práticas parentais positivas, quando emitidas em variabilidade e frequência suficientes, podem influenciar a saúde mental de crianças e adolescentes quanto a prevenção de internalização, em detrimento de alguma variabilidade de práticas parentais negativas em

nível inadequado, o que é consonante com outros achados da literatura sobre problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009).

Incentiva-se a produção de evidências cada vez mais precisas e generalizáveis (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002) para prevenção de problemas de comportamento. Nesse sentido, recomenda-se que estudos futuros possam partir de amostras maiores e comparar grupos independentes randomicamente selecionados. O uso exclusivamente de instrumentos de relato tendo pais como únicos informantes e a não inclusão de observação das interações também consiste em uma limitação metodológica desse estudo. Recomenda-se que pesquisas futuras possam se dedicar a avaliar além da depressão outras condições familiares consideradas de risco, como ansiedade parental, abuso de substâncias e problemas conjugais.

Por fim, ressalta-se que o delineamento empregado teve como ponto de partida um estudo de caracterização aplicado em contexto escolar, o que viabilizou a realização de intervenções caracterizadas como prevenção indicada (WEIZS et al., 2005), no sentido de que buscam diagnosticar problemas de comportamento concorrentes com a saúde mental de crianças junto à comunidade exposta a diversos fatores de risco (ESSAU, 2004) e que não identifica demandas ou busca tratamentos espontaneamente. Nesse contexto, destaca-se o papel da prevenção para redução dos fatores de risco documentados na literatura e especialmente na promoção dos fatores de proteção à saúde mental dos indivíduos (DOZOIS; DOBSON, 2004; WEIZS et al., 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção analisada por este estudo permite a identificação de procedimentos capazes de produzir mudanças nos repertórios de mães na interação com seus filhos nos três casos conduzidos e possibilitam a elaboração de hipóteses funcionais sobre os mecanismos de

mudança parental e superação de problemas internalizantes em consonância com a literatura empírica. Além disso, a possibilidade de remissão de problemas internalizantes através da atuação exclusivamente com pais amplia as possibilidades de prevenção para populações indicadas pelo contato com fatores de risco.

O estudo tem como pontos fortes a mensuração de variáveis parentais, além da avaliação dos problemas internalizantes e habilidades sociais da criança. A produção de tais medidas permitiu identificar que o procedimento de intervenção parental parece ter sido responsável pelo aumento da frequência de habilidades educativas parentais e habilidades sociais dos filhos, bem como pela diminuição da variabilidade de práticas negativas e problemas de comportamento. Nessa perspectiva, parece plausível que quando as mães ampliam sua competência social enquanto habilidade de contextualizar e aplicar suas práticas positivas tanto para aumento da qualidade da interação quanto na redução de problemas dos filhos, ocorre uma diminuição da variabilidade de práticas negativas ora emitidas. Adicionalmente, pelo fato de observar-se em P3 uma manutenção de variedade de práticas negativas após a intervenção, é possível hipotetizar que a frequência de práticas positivas tenha uma proeminência destacada na redução de problemas internalizantes de crianças.

Para o contexto de prevenção em saúde mental parece relevante que estudos futuros possam identificar e intervir sobre variáveis relacionadas à adesão dos pais aos programas de intervenção, bem como a ampliação de parcerias e prestação de serviços na área. Esse panorama parece depender, em parte, da criação de condições favoráveis para educadores e familiares identificarem ansiedade e depressão enquanto problemas na infância e adolescência, além da necessidade de fortalecimento de políticas públicas de prevenção universal em saúde mental. Do ponto de vista do desenvolvimento e formação de psicólogos clínicos, se faz importante que pesquisadores se dediquem a identificar aspectos da interação terapeuta-cliente durante o processo de intervenções terapêuticas, ou seja, aquelas

consideradas eficazes, na tentativa de elucidar mecanismos de aplicação dos procedimentos semi-estruturados e explicar quais comportamentos e mecanismos terapêuticos precisam dispor para produção de mudanças clinicamente relevantes (KANAMOTA, 2013; KRATOCHWILL; STOIBER, 2002; SILVEIRA et al., 2010; ZAMIGNANI; MEYER, 2011).

REFERENCIAS

ACHENBACH, Thomas M.; RESCORLA, Leslie. **ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington: Aseba, 2001.

ACHENBACH, Thomas M. **Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile**. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.

ALVARENGA, Patrícia; PICCININI, Cesar A. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social da criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 314-323, 2007.

ALVARENGA, Patrícia. **Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento**. In H. J. Guilhardi (Eds.), Sobre comportamento e cognição – vol.8 (pp. 52-57). Santo André, SP: ESETec, 2001.

BAUERMEISTER, José J. et al. Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 67-71, 2006.

BEARDSLEE, William R. et al. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 254-263, 1993.

BEAUDOIN, G.; HÉBERT, M.; BERNIER, A. Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology**, v. 63, n. 3, p. 147-157, 2013.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; LOUREIRO, Sônia R.; MARTURANO, Edna M. **Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)** -Vol 2. São Paulo: Vetor, 2011.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; MARTURANO, Edna M.; LOUREIRO, Sônia R. Estudos de confiabilidade e validade do Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas Versão para Pais - QRSH-Pais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24, 1-19, 2011.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; LOUREIRO, Sônia R. Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). **Avaliação Psicológica**, 9, 63-75, 2010.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; PAIVA, Mariana Marzoque De; BARBOSA, Caroline Garpelli. Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. **Psicologia clínica**, v. 21, n. 1, p. 169-184, 2009.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; MARTURANO, Edna M.; SILVEIRA, Fabiane F. **Cartilha informativa: orientação para pais e mães** - 3. ed. São Carlos: Suprema Editora, 2013.

BOLSONI-SILVA, A.T.; BITONDI, F.; MARTURANO, Edna M. Intervenção em grupo para pais: a importância do diagnóstico comportamental individual (pp.79-100). In: M. R.Cavalcante. (Ed.). **Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção**. São Paulo: Roca, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; SILVEIRA, Fabiane F.; MARTURANO, Edna M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 10, 125-142, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T.; SILVEIRA, Fabiane F.; RIBEIRO, Denise C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do Treinamento em Habilidades Sociais. **Contextos Clínicos**, 1,19-27, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T. Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimentos. **Temas em Psicologia**, 15, 217-235, 2007.

BOLSONI-SILVA, Alessandra T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da Análise do Comportamento. **Interação**, 6 (2), 233-242, 2002.

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

BRENNING, Katrijn et al. The role of parenting and mother-adolescent attachment in the intergenerational similarity of internalizing symptoms. **Journal of youth and adolescence**, v. 41, n. 6, p. 802-816, 2012.

COZBY, Paul C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Atlas, 2006.

DE LIMA OSÓRIO, Flávia et al. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. **Perspectives in psychiatric care**, v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009.

DOZOIS, David JA; DOBSON, Keith S. **The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice**. Washington DC: American Psychology Association, 2004.

HUDSON, Jennifer L.; FLANNERY-SCHROEDER, Ellen; KENDALL, Philip C. Primary prevention of anxiety disorders. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice**. Washington DC: American Psychology Association, 2004.

ESSAU, Cecilia A. Primary prevention of depression. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice**. Washington DC: American Psychology Association, 2004.

EPKINS, Catherine C.; HECKLER, David R. Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. **Clinical child and family psychology review**, v. 14, n. 4, p. 329-376, 2011.

GOLDIAMOND, Israel. Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. **Behavior and social issues**, v. 11, n. 2, p. 108-197, 2002.

GILLHAM, Jane E. et al. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. **Journal of abnormal child psychology**, v. 34, n. 2, p. 195-211, 2006.

HERMAN, Keith C. et al. The impact of the Incredible Years parent, child, and teacher training programs on children's co-occurring internalizing symptoms. **School Psychology Quarterly**, v. 26, n. 3, p. 189, 2011.

HUDSON, Jennifer L.; FLANNERY-SCHROEDER, Ellen; KENDALL, Philip C. Primary prevention of anxiety disorders. In: D.J.A. Dozois & K.S. Dobson (Eds.) **The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice**. Washington DC: American Psychology Association, 2004.

HUGHES, Elizabeth K.; GULLONE, Eleonora. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 1, p. 92-117, 2008.

ISSAKIDIS, Cathy; ANDREWS, G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 109, n. 6, p. 426-433, 2004.

KANAMOTA, Priscila C. **Efeito dos comportamentos de recomendação e empatia do terapeuta na avaliação do cliente sobre a relação terapêutica e sobre o sucesso da terapia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista – Bauru, 2013.

KENDALL, Philip C.; KESSLER, Ronald C. The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy implications, comments, and recommendations. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n. 6, p. 1303, 2002.

KIEL, Elizabeth J.; MAACK, Danielle J. Maternal BIS sensitivity, overprotective parenting, and children's internalizing behaviors. **Personality and individual differences**, v. 53, n. 3, p. 257-262, 2012.

KRATOCHWILL, Thomas R.; STOIBER, Karen Callan. Evidence-based interventions in school psychology: Conceptual foundations of the Procedural and Coding Manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. **School Psychology Quarterly**, v. 17, n. 4, p. 341, 2002.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet BW. The Phq-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of general internal medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LAFRENIERE, Peter J.; CAPUANO, France. Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn preschoolers case. **Development and Psychopathology**, v. 9, n. 03, p. 551-564, 1997.

LEME, V. B.; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Habilidades Sociais Educativas Parentais e comportamentos de pré-escolares. **Estudos de Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 161-173, 2010.

LUEBBE, Aaron M.; KIEL, Elizabeth J.; BUSS, Kristin A. Toddlers' context-varying emotions, maternal responses to emotions, and internalizing behaviors. **Emotion**, v. 11, n. 3, p. 697, 2011.

MEITES, Tiffany M.; INGRAM, Rick E.; SIEGLE, Greg J. Unique and shared aspects of affective symptomatology: The role of parental bonding in depression and anxiety symptom profiles. **Cognitive therapy and research**, v. 36, n. 3, p. 173-181, 2012.

SANDERS, Matthew R. et al. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 68, n. 4, p. 624, 2000.

SCHOCHET, I. M.; HOLLAND, D.; WHITEFIELD, K. The Griffith Early Intervention Depression Project: Group Leader's Manual. 1997.

SILVEIRA, Fabiane Ferraz; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MEYER, Sonia Beatriz. Therapist's directive and nondirective behavior: Analysis of their effects in a parent training group. **International Journal of Behavioral Consultation & Therapy**, v. 6, n. 2, 2010.

SNELL-JOHNS, Jessica; MENDEZ, Julia L.; SMITH, Bradley H. Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. **Journal of Family Psychology**, v. 18, n. 1, p. 19, 2004.

SILK, Jennifer S. et al. Socialization of emotion and offspring internalizing symptoms in mothers with childhood-onset depression. **Journal of applied developmental psychology**, v. 32, n. 3, p. 127-136, 2011.

STALLARD, P. A. U. L. **Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

TANDON, Mini; CARDELI, Emma; LUBY, Joan. Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 18, n. 3, p. 593-610, 2009.

TAYLOR, Ronald D. et al. Parenting practices and adolescent internalizing and externalizing problems: Moderating effects of socially demanding kin relations. **Journal of Child and Family Studies**, v. 21, n. 3, p. 474-485, 2012.

TRUDEAU, Linda et al. Internalizing symptoms: Effects of a preventive intervention on developmental pathways from early adolescence to young adulthood. **Journal of youth and adolescence**, v. 41, n. 6, p. 788-801, 2012.

VIRUÉS-ORTEGA, Javier; MORENO-RODRÍGUEZ, Rafael. Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. **International Journal of Clinical Health & Psychology**, v. 8, n. 3, 2008.

WATSON, Kelly H. et al. Internalizing and Externalizing Symptoms in Sons and Daughters of Mothers with a History of Depression. **Journal of child and family studies**, v. 21, n. 4, p. 657-666, 2012.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn; HAMMOND, Mary. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 65, n. 1, p. 93, 1997.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn; HERBERT, Martin. What really happens in parent training?. **Behavior Modification**, v. 17, n. 4, p. 407-456, 1993.

WEISZ, John R. et al. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. **American Psychologist**, v. 60, n. 6, p. 628, 2005.

WEISZ, John R.; HAWLEY, Kristin M.; JENSEN DOSS, Amanda. Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 729-815, 2004.

ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT). **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 2, p. 25-45, 2011..

ESTUDO 3

Análise do processo de intervenção com mães: queixas, conteúdos e comportamentos de interação terapeuta-cliente

RESUMO: A análise dos processos que caracterizam as intervenções se faz importante uma vez que a interação entre variáveis que possam estar relacionadas a produção de resultados, o que contribui para a formação dos terapeutas. Nesse contexto, esse estudo objetivou avaliar os tipos de queixas, conteúdos desenvolvidos e comportamentos da interação terapeuta-cliente de três intervenções bem sucedidas com mães de crianças com problemas internalizantes. Os dados foram obtidos através da categorização de relatórios das sessões e foram tratados estatisticamente. As queixas mais frequentes das mães foram sobre suas próprias práticas parentais negativas e os conteúdos temáticos mais frequentemente desenvolvidos com relação aos filhos foram relacionados à expressão habilidosa de sentimentos positivos e negativos. Encontrou-se que as mães se queixavam de problemas externalizantes não diagnosticados puniam habilidades sociais de enfrentamento dos filhos. Os comportamentos mais frequentes da terapeuta foram solicitação de reflexão, empatia e interpretação. As clientes apresentaram alta frequência de estabelecimento de relações e expressiva frequência de diferentes tipos de relato de melhora. Foram encontradas correlações entre comportamentos da terapeuta e das clientes, a quais foram discutidas a partir de pressupostos previstos pelo modelo de intervenção adotado e variações decorrentes da aplicação flexível e individualizada do procedimento para cada cliente.

Palavras-chave: avaliação de processo; interação terapeuta-cliente; intervenção com pais.

INTRODUÇÃO

Uma intervenção terapêutica é basicamente uma interação entre dois indivíduos no qual um deles, o cliente, apresenta algum tipo de sofrimento e busca ajuda para obter melhoras, enquanto o terapeuta é a pessoa que dispõe de estratégias de análise e intervenção capazes de diminuir o sofrimento e favorecer a qualidade de vida do cliente. O termo interação terapeuta-cliente remete à descrição das relações entre os comportamentos do terapeuta e do cliente ao longo do processo clínico (ZAMIGNANI; MEYER, 2011). É por meio dessa interação que queixas e problemas são analisadas para que novos comportamentos sejam modelados de forma a proporcionar ganhos terapêuticos para o cliente (FOLLETTE; NAUGLE; CALLAGHAN, 1996). Estudar o processo clínico envolve caracterizar o conteúdo do processo de intervenção, os comportamentos do terapeuta e do cliente, as possíveis relações e funções entre tais comportamentos, as regularidades dos comportamentos do terapeuta que podem estar correlacionadas ao sucesso ou fracasso da psicoterapia e a identificação dos processos de mudança do cliente por meio dos quais os ganhos terapêuticos são alcançados (DONADONE, 2009; MEYER; ZAMIGNANI, 2011).

Recomenda-se que pesquisas de processo clínico esclareçam características e procedimentos específicos das intervenções que obtiveram resultados explícitos, para possibilitar a compreensão do funcionamento do processo de mudança, facilitando a replicação em pesquisa e a formação de terapeutas (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002; NORCROSS; WAMPOLD, 2011; WEIZS et al., 2004). Espera-se que os estudos de intervenção tornem claras e precisas as descrições dos procedimentos utilizados, especificando os comportamentos relevantes relacionados à manutenção e superação dos problemas (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002). Portanto, se faz importante identificar regularidades ou tendências nos relatos de queixas e nos repertórios tipicamente relevantes para o tratamento

de um dado diagnóstico. Adicionalmente, incentiva-se a elaboração e validação de manuais de tratamento nos quais estejam previstas adaptações em função das demandas dos clientes com flexibilidade, promovendo a aplicação individualizada dos procedimentos (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002). Sabe-se que a adaptação no conteúdo da intervenção e na relação terapêutica em função do diagnóstico e das particularidades dos clientes pode melhorar a eficácia dos tratamentos (NORCROSS; WAMPOLD, 2011). Portanto, as avaliações de processos clínicos precisam contemplar tanto possíveis padrões quanto variações nos comportamentos de interação entre terapeuta e cliente (NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

As intervenções parentais geralmente têm como ênfase o desenvolvimento de análises e repertórios de interação com os filhos que sejam capazes de contribuir para superação das queixas e problemas apresentados, bem como ampliar a qualidade da relação parental (KANAMOTA, 2013). Dentre as mais frequentes queixas dos pais estão os problemas de comportamento, os quais podem ser classificados como externalizantes e internalizantes. Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) investigaram as queixas que motivavam os pais a buscarem atendimento para seus filhos e encontraram a agressividade e a desobediência entre os comportamentos mais citados. Estes e outros problemas de comportamento estão associados a práticas parentais inadequadas (SABBAG; BOLSONI-SILVA, 2010). Sabe-se que pais socialmente competentes seriam mais capazes de resolver problemas de comportamento dos filhos de forma efetiva e positiva (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008).

Problemas de ansiedade, depressão e somatização são classificados como subtipos de internalizantes (ACHENBACH; RESCOLA, 2001) e intervenções dirigidas a esses problemas permanecem pouco estudadas em comparação às queixas externalizantes (WEIZS et al., 2004). Apesar dos fatores de risco relacionados a família e parentalidade, poucos estudos avaliaram programas de prevenção a depressão dirigidos aos pais ou que incluíssem um

componente parental (GILLHAM et al., 2006) e predominam procedimentos focados na criança ou adolescente (WEIZS et al., 2004). Entretanto, há evidências crescentes de que as práticas parentais têm um importante papel na manutenção dos problemas internalizantes. Superproteção, falta de apoio e cuidado ou negligência (MEITES et al., 2012), afetividade negativa, punição ou negligência às emoções negativas dos filhos (LUEBBE et al., 2011), excesso de exigência ou críticas (TAYLOR et al., 2011), inconsistência parental e número de conflitos na família (BEAUDOIN et al., 2013) têm sido associadas aos problemas internalizantes. Além das práticas parentais negativas, outras variáveis familiares tem sido indicadas como preditoras de problemas internalizantes, como ansiedade ou depressão parental e problemas conjugais (HUGHES; GULLONE, 2008). Portanto, parece provável que nas intervenções para pais de crianças com problemas internalizantes o terapeuta identifique queixas e dificuldades relacionadas às práticas parentais, relação conjugal e problemas de psicopatologia nos pais.

A literatura sobre psicoterapia baseada em evidências aponta que a relação terapêutica tem contribuições substanciais e consistentes para o resultado da psicoterapia independente do tipo específico de tratamento, além de ser uma das razões pelas quais os clientes melhoram ou não (NORCROSS; WAMPOLD, 2011). No campo das intervenções parentais sobre problemas de comportamento, a análise dos comportamentos de terapeutas e clientes têm possibilitado hipóteses sobre os mecanismos pelos quais práticas parentais positivas são desenvolvidas.

Existem recomendações sobre a importância do estabelecimento de ambiente acolhedor e empático para favorecer o estabelecimento de análises e objetivos modo colaborativo com pais, o que tende a facilitar a concordância e engajamento com relação a implementação das mudanças necessárias no ambiente familiar (WEBSTER-STTRATON; HERBERT, 1993), o que sugere a importância da empatia e facilitação do terapeuta. Ao

comparar procedimentos do terapeuta com pais que aderiram e abandonaram a terapia, Harwood e Eyberg (2004) encontraram que questões do tipo abertas e comportamentos de facilitação foram considerados especialmente importantes no início da terapia por proporcionarem um ambiente que encoraja os clientes a expor e analisar suas dificuldades confortavelmente. Entretanto, foi identificado que comportamentos de suporte (empatia) do terapeuta ocorreram mais frequentemente com pais que mais tarde desistiram do tratamento, além de que os efeitos da empatia (demonstrar acolhimento, aceitação e produzir a cooperação do cliente) podem ser temporários ou insuficientes para produzir mudanças necessárias para que os pais atuem de modo eficaz para mudar comportamentos dos seus filhos, além de que seu excesso possa contribuir para o pessimismo ou abandono da terapia (HARWOOD; EYBERG, 2004).

O estudo de Kanamota (2013) buscou verificar os efeitos do aumento da frequência das respostas de Empatia e Recomendação do terapeuta no processo de interação terapeuta-cliente a partir da análise de intervenções bem sucedidas com quatro mães de adolescentes com problemas de comportamento mistos. Os resultados demonstraram que o comportamento do terapeuta de recomendar pareceu facilitar a ocorrência de solicitação e concordância e dificultar o estabelecimento de relações entre eventos pelas clientes, enquanto a alteração na frequência da empatia do terapeuta não produziu mudanças significativas nos comportamentos de interação das clientes. No estudo de Silveira, Bolsoni-Silva e Meyer (2010) a empatia foi um dos comportamentos de menor frequência do terapeuta. Quando a terapeuta se dirigida ao grupo de mães seus comportamentos mais frequentes foram aprovação, recomendação, interpretação, informação e solicitação de relato. Quando a terapeuta se dirigia a cada uma das mães individualmente, os comportamentos com maiores percentuais de ocorrência e duração foram solicitação de relato, concordância, estabelecer relações e oposição.

Diante do pequeno número de intervenções para problemas internalizantes que envolvam os pais no tratamento (GILLHAM et al., 2006) constata-se que faltam informações sobre aspectos do processo clínico com essa população específica. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo geral descrever e analisar variáveis sobre processo clínico de intervenções consideradas bem sucedidas com mães de crianças com problemas internalizantes. Enquanto objetivos específicos, objetiva-se identificar (a) a frequência dos diferentes tipos de queixas apresentadas pelas participantes; (b) frequência dos temas sobre relações interpessoais trabalhados; (c) comparar e correlacionar comportamentos de terapeuta e de cliente.

MÉTODO

Participantes

Três mães de crianças com problemas internalizantes em nível clínico participaram de uma intervenção parental individualmente, após concordarem com os termos de consentimento livre e esclarecido da pesquisa. P1 tinha 33 anos, era casada e tinha duas filhas, uma com 8 anos e diagnosticada com problemas internalizantes e a caçula tinha 5 anos. P1 estava cursando o ensino superior e trabalhava como auxiliar de ensino no contexto de educação especial. P2 tinha 39 anos, era divorciada e mãe de uma jovem de 21 e um menino de 8 anos, o qual foi diagnosticado com problemas internalizantes. P2 tinha formação do 1º. grau completo e trabalhava como funcionária doméstica e cuidadora de idosos. P3 tinha 30 anos, estava casada ao início da intervenção e divorciou-se após o encerramento. P3 era mãe de uma menina de 10 anos e um menino de 6 anos, sendo a primeira diagnosticada com problemas internalizantes. P3 tinha formação do 2º. grau completo e trabalhava como manicure e artesã.

Três observadoras participaram das etapas de categorização dos relatórios das sessões. Uma delas foi a terapeuta responsável pelos atendimentos clínicos das três participantes enquanto e duas observadoras eram alunas do último ano do curso de Psicologia e não tiveram qualquer contato com os casos ou relatórios antes da pesquisa.

Materiais

Foram usados como fonte de dados os relatórios das sessões de atendimento de cada participante. Os relatórios eram produzidos à partir da escuta das gravações em áudio das sessões, sendo que as falas de terapeuta e cliente eram parafraseadas ou resumidas ao invés de transcritas literalmente.

Para registro e categorização das variáveis de interesse do presente estudo com relação ao processo clínico foi criado um protocolo de observação, que era composto de cinco eixos de categorias independentes:

Eixo I: composto por uma lista com os diferentes temas de habilidades sociais educativas previstos pelo procedimento de intervenção (BOLSONI-SILVA, 2007) e uma legenda com os possíveis interlocutores sobre os quais cada um dos temas poderia ser desenvolvido em uma sessão (filho com problemas internalizantes, outros filhos, marido ou ex-marido, outros familiares como pais ou irmãos).

Eixo II: consistia em um espaço sem categorias prévias com função de registro descritivo de quais queixas específicas eram relatadas em cada sessão por cada cliente. Apesar da previsão de que as mães se queixariam de problemas de comportamento e conflitos nas relações familiares, privilegiou-se a descrição livre dos relatos de queixa para posterior análise de conteúdo em função da falta de um sistema prévio satisfatório.

Eixo III: baseado no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica - SiMCCIT (ZAMIGNANI, 2007), a partir do qual

foram adotadas as categorias amplas de comportamento verbal vocal do terapeuta *Empatia, Solicitação de relato, Informação, Solicitação de reflexão, Recomendação, Interpretação, Aprovação e Reprovação*. As categorias facilitação, silêncio e outras respostas vocais do terapeuta não foram adotadas pelo presente estudo uma vez que a categorização ocorreu a partir de relatórios parafraseados como fonte de dados, nos quais não eram registradas ocorrências equivalentes a tais categorias. Nesse eixo, registrava-se o número de ocorrências ou frequência de cada categoria de comportamento verbal vocal do terapeuta na sessão.

Eixo IV: também foi baseado no SiMCCIT (ZAMIGNANI, 2007), a partir do qual foram adotadas algumas das categorias amplas e específicas de comportamento verbal vocal do cliente, em consonância com os objetivos do presente estudo. As categorias amplas adotadas sobre o comportamento do cliente foram estabelecimento de *Metas, Estabelecimento de relações e Concordância*; adicionalmente a categoria de relato de melhoras foi adotada em seus subtipos, *Ganhos terapêuticos* (do próprio cliente), *Mudanças positivas de terceiros* (filhos, cônjuges, outros familiares, dentre outros), *Autocontrole* e *Autoconsciência*. Nesse eixo era possível registrar a frequência de tais categorias de comportamento verbal vocal do cliente na sessão.

Procedimento de tratamento e análise dos dados

Fase 1 – Estudo e treino das categorias: a) estudo do procedimento de intervenção parental adotado nas intervenções (BOLSONI-SILVA, 2007) e da Cartilha Informativa para Pais (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2013), pelos quais era possível aprender sobre os temas a serem categorizados no Eixo I; b) estudo do Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica - SiMCCIT (ZAMIGNANI, 2007) para compreensão das categorias adotadas para categorização dos comportamentos verbais vocais do terapeuta e do cliente; c) treino

sistemático de observadores para o uso do SiMCCIT através do software *Clic*® (ZAMIGNANI, 2007); d) análise dos estudos de caso clínicos elaborados na fase de pré-teste das intervenções com as três participantes, para conhecer particularidades do funcionamento de cada caso.

Fase 2 – Treino de consenso entre observadores: após o estudo e o treino quanto ao uso das categorias, inicia-se esta fase com o objetivo de avaliar o grau de concordância entre os observadores (KAZDIN, 1982) e treinar o consenso sobre as eventuais divergências, buscando índices de concordâncias satisfatórios, acima de 70% (FAGUNDES, 1999). Portanto, essa fase teve como objetivo principal praticar a categorização de acordo com os modelos adotados e verificar o índice de concordância entre as três observadoras. O cálculo do índice de concordância era realizado a partir da seguinte fórmula: % de concordância = $[\text{número de eventos concordantes} \div (\text{número de eventos concordantes} + \text{número de eventos discordantes})] \times 100$. Apesar do índice de concordância de 70% ser considerado satisfatório, optou-se por admitir 80% como concordância mínima no presente trabalho, especialmente em função dos eixos sem categorias prévias para classificação dos dados. Com relação aos índices menores que 80%, eram identificadas as divergências e se procedia uma análise e discussão com base no material estudado na Fase 1 até o consenso sobre a categorização. Esse procedimento foi aplicado a um total de quinze relatórios de sessões, sendo as cinco primeiras de cada cliente. O critério para a próxima fase foi a obtenção de índices superiores a 80% em cada um dos quatro eixos sem que fosse necessária uma análise para consenso.

Fase 3 – Teste de concordância final entre observadores: foram selecionados 30% do total de sessões de cada cliente para o teste (aproximado para três sessões de P1, três sessões de P2 e quatro sessões de P3), com o objetivo de avaliar o índice de concordância entre os observadores com relação às categorizações dos quatro eixos do protocolo de observação e registro. As sessões selecionadas eram aquelas que se encontravam na sequência daquelas

analisadas na Fase 2 para cada cliente. Diferentemente da Fase II, não há comunicação entre os observadores e não há discussão para consenso. Os índices se mantiveram em nível satisfatório, acima de 80% e mantiveram regularidade entre as sessões. Para efeito de contabilização dos dados, a terceira observadora, que atuou como terapeuta dos casos, teve papel de juíza sobre os eventos sobre os quais restasse alguma divergência.

Fase 4 – Categorização independente: os relatórios das sessões restantes (21 no total das três participantes) foram sorteados e igualmente divididos entre as três observadoras para categorização de modo independente, de modo que não haviam comparações entre as categorizações realizadas nessa fase.

Fase 5 – Análise estatística e interpretação dos resultados: os dados das frequências das categorizações segundo os quatro eixos de análise das sessões das três clientes foram lançados em planilhas e exportadas para o programa estatístico SPSS (NORUSIS; SPSS 1994). Nota-se que as frequências relativas das categorias de comportamento verbal de interação entre terapeuta e clientes foram calculadas a partir da somatória de comportamentos para cada categoria ao longo de todas as sessões em função do total de comportamentos do terapeuta ou da cliente que puderam ser categorizados (e não sobre o total de comportamentos possíveis na sessão, uma vez que comportamentos do terapeuta de facilitação e silêncio, bem como outros comportamentos das clientes não foram mensurados). Para comparar as frequências dos comportamentos verbais da interação identificando semelhanças e diferenças significativas entre os três casos conduzidos foi realizado o teste estatístico *Kruskal-Wallis*. Para identificar semelhanças e diferenças significativas nos comportamentos verbais de interação comparando dois casos de cada vez foi realizado o teste estatístico *U de Mann-Whitney*. Para correlacionar positiva e negativamente diferentes comportamentos verbais de interação de terapeuta e cliente no processo clínico de cada caso foi realizado o teste estatístico *rho de Spearman*.

RESULTADOS

Os resultados obtidos pelas análises do processo clínico dos três casos foram organizados conforme os eixos de categorização previstos no protocolo adotado: (a) queixas explicitamente relatadas pelas mães; (b) conteúdos temáticos desenvolvidos e (c) comportamentos verbais vocais de interação terapeuta-cliente.

(a) Queixas

Após a análise de conteúdo, os relatos de queixa foram contabilizados de acordo com as categorias “problemas internalizantes do filho em foco”, “problemas externalizantes do filho em foco”, “habilidades sociais do filho em foco”, “problemas de comportamento de outros filhos”, “práticas parentais negativas”, “problemas conjugais” e problemas com outros familiares”. Os resultados sobre a frequência relativa de cada tipo de queixa apresentada pelas clientes encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de sessões e frequência relativa em que cada categoria de queixa foi apresentada pelas clientes

CATEGORIAS	P1 (14)*	P2 (15)**	P3 (17)***	Total
Problemas internalizantes	9 (64,3%)	8 (53,3%)	6 (35,3%)	22 (47,8%)
Problemas externalizantes	7 (50%)	5 (33,3%)	10 (58,8%)	22 (47,8%)
Habilidades sociais	7 (50%)	3 (20%)	2 (11,7%)	14 (30,4%)
Comportamentos outros filhos	6 (42,8%)	0	10 (58,8%)	16 (34,8%)
Práticas parentais negativas	10 (71,4%)	12 (80%)	13 (76,5%)	35 (76,1%)
Problemas conjugais	1 (7,1%)	10 (66,6%)	10 (58,8%)	21 (45,6%)
Problemas com outros familiares	2 (14,2%)	12 (80%)	5 (29,4%)	19 (41,3%)

* P1 teve 14 sessões no total.

** P2 teve 15 sessões no total.

*** P3 teve 17 sessões no total.

Conforme a Tabela 1, observa-se que o tipo de queixa mais frequente ao longo do procedimento de intervenção foi relacionado às práticas parentais negativas, tanto considerando cada cliente individualmente quanto com relação ao total de sessões das três (76,1%). Esse dado revela que as três clientes apresentaram relatos sobre aspectos problemáticos e dificuldades em suas práticas de interação com os filhos mais frequentemente que qualquer outro tipo de queixa.

A frequência total de queixas das três mães sobre problemas internalizantes e externalizantes do filho em foco no tratamento foi igual, sendo que cada um dos tipos de problemas de comportamento foi apresentado como queixa em 47,8% das sessões. Esse resultado se destaca a partir de que nos três casos a avaliação diagnóstica pelo CBCL (ACHENBACH; RESCOLA, 2001) apontou nível clínico apenas para problemas internalizantes. Nesse sentido, eram crianças sem problemas externalizantes por este instrumento diagnóstico a partir do relato parental, mas ainda assim no relato espontâneo das sessões sobre o cotidiano de interação com a criança os problemas considerados externalizantes foram tão frequentes quanto os problemas internalizantes diagnosticados. No caso de P3, encontra-se que problemas externalizantes tenham sido queixa mais frequentemente que os problemas internalizantes (58,8% e 35,3% respectivamente).

As queixas sobre problemas conjugais foram mais frequentes para as clientes P2 e P3 (em 66,6% e 58,8% das sessões respectivamente), conforme se observa na Tabela 1. P1 e P3 tinham filhos mais novos do que a criança diagnosticada com problemas internalizantes e na medida em que avaliavam as contingências familiares de modo mais amplo perceberam comportamentos problemáticos no repertório de interação desses filhos também. P2 foi a participante que mais frequentemente relatou queixas com relação a outros familiares (em 80% das sessões); como a sua mãe, irmãos e ex-sogra. Suas dificuldades de interação com esses familiares tinham implicações diretas em sua relação com o filho.

(b) Conteúdos temáticos desenvolvidos

Os resultados da categorização do conteúdo e dos temas desenvolvidos nas intervenções são apresentados de modo que se possa identificar em quantas sessões cada um dos conteúdos sobre comportamentos sociais relevantes foram desenvolvidos para cada interlocutor da família de cada cliente. Esses dados estão na Tabela 2.

Para as três participantes, o filho com problemas internalizantes foi o interlocutor para o qual mais frequentemente foram desenvolvidos os comportamentos sociais previstos pelo procedimento. No caso de P1 e P3, os comportamentos sociais também foram desenvolvidos para as relações com os outros filhos, bem como no caso de P2 e P3 foram incluídas análises e desenvolvimento de repertórios para as relações com ex-marido e marido respectivamente. P2 foi a participante que mais precisou desenvolver comportamentos sociais para relações com outros familiares, como mãe, irmãos e ex-sogra, em frequência semelhante a que tais habilidades foram desenvolvidas para a relação com o filho com problemas internalizantes. Tais resultados sobre o desenvolvimento de habilidades interpessoais com diferentes interlocutores ao longo do procedimento são consonantes com os dados anteriormente apresentados sobre a distribuição das queixas sobre diferentes relações familiares das clientes.

Na Tabela 2 é possível observar também resultados que se destacam em relação a temas interpessoais desenvolvidos em maior frequência com interlocutores específicos. Nota-se que com os filhos com problemas internalizantes (na legenda, F1) destacam-se a frequência de sessões em que foram desenvolvidas habilidades sobre expressão de sentimentos positivos (em 9 sessões com P1 e em 11 sessões com P3); expressão de concordância e discordância de opiniões (em 6 sessões com P1); expressão de sentimentos negativos (em 6 sessões com P2); fazer, receber e recusar pedidos (em 6 sessões com P3) e estabelecimento de limites com negociação (em 9 sessões com P3).

Tabela 2 – Numero de sessões em que cada tema foi trabalhado em relação a cada interlocutor familiar de cada cliente

	P1 (F1)	P1 (F2)	P1 (M)	P1 (OF)	P2 (F1)	P2 (EX-M)	P2 (OF)	P3 (F1)	P3 (F2)	P3 (M)	P3 (OF)
Conversação	3	0	0	0	1	1	1	5	1	5	0
Perguntas	2	0	0	0	3	0	0	2	0	2	0
Sentimentos positivos	9	1	1	0	3	4	3	11	3	2	0
Direitos	2	1	0	0	4	1	2	2	1	0	0
Opiniões	6	5	0	0	3	2	5	3	0	2	0
Assertividade	2	1	0	0	1	3	6	2	1	2	2
Sentimentos negativos	7	3	1	0	6	3	4	3	1	5	4
Pedidos	1	0	0	0	1	0	1	6	2	3	1
Críticas	4	3	0	1	1	2	2	3	1	3	1
Limites: consistencia	4	5	2	0	1	1	1	2	3	2	0
Limites: atitudes que dificultam	0	2	0	0	2	0	0	4	4	0	0
Limites: ignorar e consequenciar	4	3	0	0	1	0	0	4	1	1	1
Limites: regras e negociação	4	5	0	0	3	1	1	9	6	1	0
Outros	3	2	2	0	1	5	1	3	3	1	0
Total	51	31	6	1	31	23	27	59	27	29	9

F1: filho com problemas internalizantes;

F2: outro filho;

M: marido;

Ex-M: ex-marido;

OF: outros familiares (mãe, pai ou irmãos).

(c) Comportamentos verbais vocais da interação terapeuta-cliente

Os resultados da categorização dos comportamentos verbais vocais de interação entre terapeuta e clientes permitem a caracterização de semelhanças, diferenças e tendências de associação entre os repertórios de terapeuta e cliente no processo clínico. De acordo com a Tabela 3, as categorias de comportamento da terapeuta mais frequentes foram Solicitação de reflexão, Interpretação e Empatia. Com frequências menores porém expressivas encontram-se os comportamentos de Aprovação e Recomendação. Os comportamentos menos frequentes da terapeuta foram Solocitação de relato, Informações e Reprovação. Dentre as quatro categorias

de comportamento verbal vocal das clientes que foram mensuradas, observa-se a frequência relativa expressiva do Estabelecimento de relações (P1: 53,1%, P2: 58% e P3: 65,6%).

Tabela 3 – Soma e frequências relativas de comportamentos da terapeuta e das clientes

	P1	Freq. (%)	P2	Freq. (%)	P3	Freq. (%)
Empatia	369	20,15	337	15,74	352	13,3
Solicita relato	101	5,51	123	5,74	134	5,1
Informações	75	4,1	73	3,4	153	5,8
Solicita reflexão	459	25,06	546	25,52	401	15,3
Recomendação	222	12,12	258	12,05	397	15,1
Interpretação	339	18,51	453	21,15	765	29
Aprovação	256	14	306	14,3	402	15,1
Reprovação	10	0,55	45	2,1	34	1,3
Concordância	150	18	130	12,7	104	12,4
Melhora	144	17,3	144	14,1	115	13,7
<i>a) Ganhos terapeuticos</i>	<i>30</i>	<i>3,6</i>	<i>60</i>	<i>5,9</i>	<i>28</i>	<i>3,3</i>
<i>b) Mudanças de terceiros</i>	<i>54</i>	<i>6,5</i>	<i>37</i>	<i>3,6</i>	<i>48</i>	<i>5,7</i>
<i>c) Autocontrole</i>	<i>3</i>	<i>0,4</i>	<i>16</i>	<i>1,6</i>	<i>9</i>	<i>1,1</i>
<i>d) Autoconsciência</i>	<i>57</i>	<i>6,8</i>	<i>31</i>	<i>3</i>	<i>30</i>	<i>3,6</i>
Estabelece relações	442	53,1	594	58	548	65,6
Metas ou planejamento	97	11,6	155	15,2	69	8,3

São apresentados os resultados das comparações das médias de cada categoria de comportamento verbal nos três casos, o que permite a identificação de semelhanças e diferenças estatisticamente significativas na interação verbal entre terapeuta e clientes na amostra estudada. Tais resultados são apresentados na Tabela 4. Dentre os comportamentos do terapeuta (categorias de 1 a 8), pode-se dizer que quatro foram emitidos de forma semelhante entre os casos (Empatia, Solicitação de relato, Informação e Aprovação), enquanto outras quatro categorias de comportamento da terapeuta foram emitidas diferentemente na relação com as clientes (Solicita reflexão, Recomendação, Interpretação e Reprovação). Com relação às categorias de comportamentos verbal vocal das clientes observam-se semelhanças em cinco das categorias em análise (Ganhos terapêuticos, Mudanças positivas de terceiros, Autocontrole, Autoconsciência e Estabelecimento de

relações), enquanto duas categorias de comportamento ocorreram de modo significativamente diferente (Concordância e Metas).

Tabela 4 - Média e Valor de p para os comportamentos de terapeuta e cliente. Teste Kruskal-Wallis entre as três participantes. Comparações Mann-Whitney entre as participantes (P1xP2; P1xP3; P2xP3).

Comparações entre k amostras independentes (Kruskal-Wallis)				
	P1	P2	P3	
	Média			Valor de p
Empatia	25,00	26,83	19,32	,253
Solicita relato	21,46	23,90	24,82	,777
Informações	20,96	19,63	29,00	,098
Solicita reflexão	26,36	28,13	17,06	,042*
Recomendação	18,86	20,67	29,82	,047*
Interpretação	15,50	21,00	32,29	,002**
Aprovação	18,18	22,50	28,76	,085
Reprovação	15,25	29,87	24,68	,010*
Concordância	29,75	24,63	17,35	,034
Ganhos terapêuticos da cliente	22,46	29,20	19,32	,101
Mudanças positivas de terceiros	27,68	22,00	21,38	,365
Autocontrole	20,82	24,03	25,24	,481
Autoconsciência	26,46	23,67	20,91	,505
Estabelecimento de relações	20,25	28,83	21,47	,166
Metas	24,21	32,87	14,65	,001**
Comparações entre duas amostras independentes (Mann-Whitney)				
	P1 x P2	P1 x P3	P2 x P3	
	Valor de p			
Solicita reflexão	,621	,040*	,027*	
Recomendação	,813	,017*	,069	
Interpretação	,270	,000**	,016*	
Reprovação	,002**	,059*	,295	
Concordância	,270	,013*	,114	
Metas ou planejamento de ações	,041	,023*	,000**	

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

As diferenças encontradas no repertório emitido por terapeuta e cliente nos casos podem ser melhor visualizadas quando os casos são comparados um com o outro (teste Meann-Whitney). Conforme a Tabela 4, encontra-se que diferenças signifivativas no comportamento da terapeuta quanto a solicitar reflexões menos a P3 do que para P1 ou P2; fazer mas recomendações para P3 do que para P1; fazer mais interpretações para P3 do que para P1 ou P2; e reprovar menos P1 do que P2 e P3. As diferenças significativas entre os

comportamentos das clientes são identificadas a partir de que P1 emitiu mais relatos de concordância do que P3, a qual estabeleceu menos metas ou planejamentos do que P1 e P2.

Os comportamentos verbais vocais da terapeuta e das clientes também foram correlacionados, de modo a demonstrar tendências de associação de diferentes comportamentos da terapeuta, das clientes e da terapeuta com as clientes. Esses resultados podem ser observados na Tabela 5.

As correlações encontradas entre diferentes comportamentos de terapeuta e cliente podem revelar tanto padrões de procedimento e desenvolvimento do processo em comum aos casos quanto particularidades que tenham sido funcionais diferencialmente com cada cliente. Dentre as correlações positivas entre comportamentos da terapeuta evidenciam-se aquelas que envolvem Solicitação de reflexão, que na interação com P1 e P3 foi associada a Empatia e na interação com P2 e P3 foi associada a Solicitação de relatos. Na interação com P2 houve associação tanto de Informações quanto de Interpretação à Solicitação de reflexão.

Houve também correlação que envolveram comportamentos da terapeuta e das clientes, conforme a Tabela 5. Os relatos de Autocontrole das clientes foram associados a diferentes comportamentos da terapeuta em cada caso; ao fornecimento de Informações no caso de P1, a Aprovação no caso de P2 e a Empatia no caso de P3. O comportamento de estabelecer metas das clientes também foi associado a diferentes comportamentos da terapeuta a depender dos casos: para P1 e P3 se Metas correlacionaram com a Empatia da terapeuta, para P1 e P2 se associaram às Solicitações de reflexão e para P1 Metas também se associou às Recomendações da terapeuta. Adicionalmente, o comportamento das clientes de Estabelecer relações explicativas se correlacionou aos comportamentos de Solicitar reflexões (no caso de P3) e Empatia (no caso de P2). Os relatos de Concordância das clientes foram associados a Solicitação de reflexões (no caso de P1) e Aprovação (no caso de P2) da terapeuta. Além disso, a Aprovação da terapeuta também se associou com o relato de Ganhos terapêuticos de

P1 e relatos de Autocontrole de P2. Adicionalmente, encontrou-se que quanto mais frequente a expressão de Empatia da terapeuta, menos frequente tendiam a ser os relatos de Ganhos terapêuticos e os relatos de Mudanças positivas de terceiros nos casos de P1 e P2.

Tabela 5 – Correlações positivas e negativas (teste Spearmann's rho) entre comportamentos terapeuta-terapeuta, terapeuta-cliente, e cliente-cliente nos três casos.

	P1	P2	P3
Empatia	Solicita reflexão (,559*) Ganhos terapêuticos (-,692**) Metas (,659*)	Ganhos terapêuticos (-,584*) Mudanças de terceiros (-,563*) Estabelece relações (,567*)	Solicita reflexão (,588*) Autocontrole (,494*) Metas (,642**)
Solicita Relato		Solicita reflexão (,629*)	Solicita reflexão (,525*) Reprovação (,556*)
Informação	Reprovação (,736*) Autocontrole (,614*)	Solicita reflexão (,580*)	
Solicita Reflexão	Empatia (,736**) Concordância (,566*) Metas (,691**)	Solicita relato (,629*) Informações (,580*) Metas (,567*)	Empatia (,588*) Solicita relato (,525*) Estabelece relações (,672**)
Recomendação	Metas (,621*)	Metas (,536*)	
Interpretação		Solicita reflexão (,612*)	
Aprovação	Ganhos terapêuticos (,592*)	Concordância (,560*) Autocontrole (,567*)	
Reprovação	Informações (,736*)		Solicita relato (,556*)
Concordância	Solicita reflexão (,566*) Estabelece relações (,583*) Metas (,642*)		
Ganhos terapêuticos da Cliente	Empatia (-,692**) Metas (-,535*)	Empatia (-,584*) Mudanças de terceiros (,559*)	Mudanças de terceiros (,560*)
Mudanças Positivas de Terceiros		Empatia (-,563*) Ganhos terapêuticos (,559*)	
Autocontrole	Informações (,614*) Autoconsciência (,554*) Estabelece relações (-,604*)	Aprovação (,567*)	Empatia (,494*)
Autoconsciência	Autocontrole (,554*) Metas (,553*)		
Estabelecimento de Relações	Concordância (,583*) Autoconsciência (-,604*)	Empatia (,567*)	
Metas	Empatia (,695*) Solicita reflexão (,553*) Concordância (,642*) Ganhos terapêuticos (-,535*) Autoconsciência (,553*)	Solicita reflexão (,567*) Recomendação (,536*) Estabelece relações (,627*)	Empatia (,642**) Solicita reflexão (,536*)

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Foram encontradas também correlações positivas entre diferentes comportamentos das clientes, especialmente no caso de P1: os relatos de Autocontrole dessa cliente foram associados aos relatos de Autoconsciência; tanto relatos de Concordância quanto relatos de Autoconsciência foram correlacionados ao Estabelecimento de metas de P1; assim como o Estabelecimento de relações explicativas esteve associado aos relatos de Concordância da mesma cliente. Nos casos de P2 e P3, foram encontradas associações positivas entre de relatar Ganhos terapêuticos delas próprias e relatar Mudanças positivas no comportamento de terceiros. Por outro lado, para a cliente P1 quanto mais relatos de Ganhos terapêuticos menor seria a tendência de estabelecer Metas. Para a mesma cliente P1, o comportamento de Estabelecer relações explicativas foi correlacionado negativamente com relatos de Autocontrole.

DISCUSSÃO

A análise do processo de interação entre terapeuta e cliente de uma intervenção considerada bem sucedida permite a investigação das variáveis interpessoais responsáveis pelas mudanças e resultados em terapia. No presente estudo, a frequência do tipo de queixa, a frequência com que comportamentos sociais foram desenvolvidos e as correlações entre comportamentos verbais vocais da terapeuta e das clientes foram objeto de análise para caracterização de um processo de intervenção semi-estruturado aplicado individualmente junto a três mães de crianças com problemas de comportamento internalizantes.

Os resultados da categorização das queixas revelaram que as três participantes apresentaram como tipo de queixa mais frequente as suas práticas negativas e dificuldades de interação com os filhos sugerem consonância com as características previstas pela intervenção (BOLSONI-SILVA, 2007), no qual as mães são as clientes e as práticas educativas parentais consistem no foco dos aspectos estruturados do procedimento. Pode-se dizer que as mães

compreenderam o papel de seus comportamentos na interação com o filho enquanto mecanismo de produção dos problemas de comportamento, portanto passaram a se observar nas contingências familiares e relataram suas dificuldades nas práticas de interação. A característica estruturada do procedimento de fornecer ao final de toda sessão uma folha de registro com exercícios ou tarefas relacionados aos comportamentos sociais analisados e modelados em sessão (BOLSONI-SILVA, 2007) pode ter facilitado que as mães aprendessem a identificar suas práticas de interação como alvo de mudança.

Apesar da avaliação diagnóstica ter identificado nível clínico exclusivamente para os problemas internalizantes na amostra estudada, o fato de as mães terem se queixado de problemas internalizantes e externalizantes com frequências iguais corrobora para a idéia de que agressividade e desobediência sejam os problemas que mais incomodam os pais (BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009). É possível que práticas de avaliação exigentes ou excessivamente críticas (TAYLOR et al., 2011) tipicamente associadas a problemas internalizantes tenham aumentado a probabilidade de comportamentos ocasionais de oposição ou confronto dos filhos, os quais adquiriram status de queixa com importância semelhante ou mesmo superior (no caso de P3) aos problemas internalizantes em nível diagnóstico. A mesma análise parece se aplicar a expressiva frequência com que as mães (especialmente P1) se queixaram de habilidades sociais da criança, o que confirma que comportamentos de enfrentamento considerados socialmente competentes em outros contextos eram percebidos como problemas na interação com as mães. Esse resultado corrobora com os achados de Leme e Bolsoni-Silva (2010), que encontraram que mães de crianças com problemas de comportamento dificultavam a aprendizagem de habilidades sociais dos filhos porque as puniam.

As queixas de problemas com outros filhos, marido e outros familiares tiveram frequência variável a depender do caso, o que demonstra que embora não fossem o foco do

procedimento, tais queixas foram contempladas na medida em que os problemas nessas relações familiares produzissem sofrimento às participantes e impacto na relação parental, garantindo a flexibilidade de aplicação do procedimento (KRATOCHWILL; STOIBER, 2002). Por exemplo, P2 estava divorciada há sete anos e pelas diversas divergências com o ex-marido e a ex-sogra com relação à educação do filho e possibilidades de convivência com a família paterna tinham grande número de conflitos (BEAUDOIN et al., 2013). No caso de P3, surgiram queixas de que há anos ela identificava muitas divergências na educação dos filhos e grande insatisfação nos padrões de interação conjugal do marido (HUGHES; GULLONE, 2008); com o relato de tentativas frustradas de negociação tanto no passado quanto durante a intervenção, a cliente P3 estabeleceu como foco complementar das sessões o objetivo de avaliar a escolha pela divórcio e se preparar para as implicações dessa escolha em sua vida. Tais queixas eram trazidas espontaneamente pelas mães e acolhidas pela terapeuta, enquanto que as queixas sobre problemas internalizantes eram trazidas ora espontaneamente, ora provocados pelas perguntas da terapeuta, que considerava a avaliação prévia sobre as contingências familiares e aspectos estruturados do procedimento (BOLSONI-SILVA, 2007).

A análise dos comportamentos sociais desenvolvidos nas sessões revela características do modelo construcional de intervenção (GOLDIAMOND, 2002) previstas pelo procedimento de intervenção adotado (BOLSONI-SILVA, 2007). O modelo construcional considera a matriz ou rede de contingências nas quais se inserem tanto os problemas quanto as reservas comportamentais, possibilitando uma avaliação funcional das interdependências entre os diferentes comportamentos. A intervenção decorrente dessa análise pode ser chamada construcional uma vez que enfatiza mais a ampliação das reservas comportamentais existentes e a construção de repertórios alternativos do que a eliminação das queixas (GOLDIAMOND, 2002). Nesse sentido, a partir da análise das contingências interdependentes que envolvem a queixa os repertórios interpessoais previstos pela literatura e recomendados pelo

procedimento adotado (BOLSONI-SILVA, 2007) são desenvolvidos com ênfase na ampliação ou construção de repertórios alternativos funcionais.

Os comportamentos sociais mais frequentemente trabalhados pelas três clientes no presente estudo são consonantes com recomendações da literatura de problemas internalizantes. A expressiva frequência de desenvolvimento do tema “expressão de sentimentos positivos, empatia, elogiar, dar e receber *feedback* positivo, agradecer” parece se relacionar com a substituição de práticas negativas de risco ligadas ao negligência ou pouco acolhimento, apoio e suporte (MEITES et al., 2012). A frequência do tema sobre “expressão de sentimentos negativos, dar e receber *feedback* negativo” pode ter sido útil para alterar padrões maternos de risco como aqueles marcados pela afetividade negativa ou negatividade (LUEBBE et al., 2011) e a punição às emoções negativas dos filhos (LUEBBE et al., 2011). Práticas excessivamente exigentes ou críticas (TAYLOR et al., 2011) foram substituídas por alternativas socialmente habilidosas por P1 (para quem o tema “expressar opiniões de concordância e discordância” foi expressivo) e P3 (para quem o tema “fazer e recusar pedidos” foi frequente). Por exemplo, no caso de P1 constatou-se uma grande dificuldade de validar e dialogar sobre opiniões divergentes da filha enquanto P3 fazia pedidos abusivos à filha e punia qualquer recusa em corresponder em qualquer circunstância. Alguns conteúdos e comportamentos sociais tiveram maior relevância para cada caso e foram abordados o quanto necessário para que houvesse generalização, garantindo a adaptação do processo às demandas específicas dos clientes (NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

Queixas e comportamentos sociais alternativos foram trabalhados a partir do manejo do terapeuta na relação com as clientes. Um dos objetivos das pesquisas de processo clínico consiste em buscar identificar possíveis regularidades ou diferenças nas habilidades interpessoais e técnicas usadas por clínicos na administração de intervenções psicológicas com efetividade comprovada (ZAMIGNANI; MEYER, 2011). Nesse sentido, ao comparar as

as frequências e correlações entre comportamentos do terapeuta e das clientes no presente estudo com outros estudos de intervenção com pais, mães ou cuidadores, foram encontradas diferenças e semelhanças.

No trabalho de Silveira (2009), as categorias de comportamento do terapeuta mais frequentes considerando a ocorrência (desconsiderando a duração) foram *Aprovação* (37,9%), *Recomendação* (19,2%) e *Solicitação de relato* (10,9%), enquanto as menos frequentes foram as categorias *Reprovação* (1,1%) e *Empatia* (5,9%). No presente estudo, os comportamentos do terapeuta com ocorrência mais frequente ao longo do procedimento foram *Solicitação de reflexão* (P1: 25,06%; P2: 25,52%; P3: 15,3%) *Interpretação* (P1: 18,5%; P2: 21,15%; P3: 29%;) e *Empatia* (P1: 20,15%; P2: 15,74%; P3: 13,3%), enquanto os menos frequentes foram *Solocitação de relato* (P1: 5,51%; P2: 5,74%; P3: 5,1%) , *Informações* (P1: 4,1%; P2: 3,4%; P3: 5,8%) e *Reprovação* (P1: 0,55%; P2: 2,1%; P3: 1,3%).

Ao que parece, as frequências expressivas na ocorrência de *Interpretação* encontradas no presente estudo (entre 18,5% e 29%) se diferenciam de ambos as intervenções tomados para comparação (KANAMOTA, 2013; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010), a não ser quando a duração das ocorrências é levada em consideração e coloca *Interpretação* entre comportamentos de alta expressão do terapeuta (SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER ,2010). Há semelhanças quanto a baixa ocorrência de *Reprovação* (KANAMOTA, 2013; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010) o que parece indicar uma preocupação da terapeuta em apresentar uma audiência o mínimo punitiva quanto possível (BRAGA; VANDERBERGUE, 2006).

Percebe-se que no estudo de Silveira (et al., 2010) a ocorrência de *Aprovação* do terapeuta é muito mais expressiva (37,9%) enquanto nesse estudo as ocorrências mais destacadas são *Solicitação de reflexão* (P1: 25,06% e P2: 25,52%) e *Interpretação* (P3: 29%). Uma das categorias mais frequentes no intervenção de Silveira e colaboradores (2010),

Solicitação de relato, aparece como um dos comportamentos do terapeuta menos frequentes na intervenção em análise por este estudo; adicionalmente, a *Empatia* é um dos comportamentos mais frequentes do terapeuta nesse estudo e uma das menos frequentes em Silveira e colaboradores (2010). Em comparação aos comportamentos da terapeuta na linha de base do estudo de Kanamota (2013), alguns padrões semelhantes a esse estudo podem ser encontrados, especialmente com relação às frequências de *Empatia* (de 14% a 19,4%), *Solicitação de reflexão* (de 12,3% a 24,5%) e *Recomendação* (11% para uma das clientes).

Com relação aos comportamentos do terapeuta *Solicitar relato*, tanto Kanamota (2013) quanto Silveira e colaboradores (2010) encontraram frequências próximas (entre 10,9% e 18,6%) e muito mais expressivas que as frequências dessa categoria no presente estudo (aproximadamente 5% para cada cliente). No caso dessa categoria, é possível que a diferença nas frequências seja em função do método de coleta dos dados, pois nesse estudo parte-se de relatos parafraseados das sessões, nos quais as perguntas para obtenção de relatos frequentemente foram resumidas, o que não ocorre nos procedimentos que partem de transcrições literais (KANAMOTA, 2013) e filmagem (SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010) das sessões. Por outro lado, sabe-se que a apresentação expressiva de *Empatia* sinaliza um padrão da terapeuta com relação a refletir sobre sentimentos, estabelecer um ambiente afetivo e expressar compreensão em relação às condições vivenciadas pelas participantes e (KAZDIN; WITLEY, 2006). Elliott e colaboradores (2011) identificaram que a empatia não apenas favorece o acolhimento e aceitação, mas facilita a emissão do comportamento de relato do cliente sobre outros aspectos da sua vida, fornecendo dados para análise funcional do terapeuta. Essa análise permite hipotetizar que a alta frequência de *Empatia* do terapeuta nos casos conduzidos tenha compensado a frequência reduzida de *Solicitação de relato*. Nesse caso, é possível que essas duas categorias de comportamento do terapeuta possam cumprir funções equivalentes de produzir auto-revelação do cliente.

O excesso de Empatia é apontado na literatura como relacionado a redução de ocorrências de comportamentos mais diretivos relacionados à mudança, como *Orientação* e *Interpretação* (PATTERSON; CHAMBERLAIN, 1994), o que parece não ter ocorrido na intervenção em análise, tendo em vista as frequências expressivas de *Recomendação* e principalmente *Interpretação*. Adicionalmente, os resultados obtidos pela intervenção parental, cujo processo de interação foi marcado por numerosas ocorrências de Empatia da terapeuta, contrariam os achados de que alta frequência de suporte por parte do terapeuta leve a poucas mudanças terapêuticas (PATTERSON; CHAMBERLAIN, 1994), uma vez que os relatos de *Melhora* variaram entre 13,7% e 17,3% entre as três clientes. Por fim, se faz relevante considerar também que características particulares da terapeuta e das clientes tenham favorecido a frequência expressiva de Empatia. Parece provável que em função da dificuldade de adesão das mães de crianças com problemas internalizantes a terapeuta tenha empregado mais frequentemente comportamentos de acolhimento e demonstração de compreensão. Além disso, as mães apresentavam muitos relatos de conflitos e sentimentos negativos associados, alta frequência de esquivas, excesso de criticidade e grande sensibilidade à avaliação social. Essas características das clientes podem ter evocado a Empatia frequentemente.

As comparações entre as frequências dos comportamentos das clientes dessa intervenção com relação às obtidas por Kanamota (2013) e Silveira e colaboradores (2010) são mais difíceis de se estabelecer em função de que nesse estudo as frequências relativas foram calculadas a partir de apenas quatro categorias de comportamento das clientes que foram categorizadas, diferentemente das outras duas investigações nas quais a categorização envolveu o total de comportamentos das clientes. Nessa perspectiva, a análise cabível remete à características dos casos em particular.

Algumas diferenças significativas foram encontradas para P1, que foi a cliente que mais apresentou *Concordância* e para quem a terapeuta menos apresentou *Reprovação*. P1 aceitava os procedimentos e análises durante as sessões e destacava a importância da intervenção e das qualidades da terapeuta no final da sessão, quando eram solicitadas avaliações. Possivelmente isso se deu porque P1 apresentava reservas comportamentais relevantes para a superação dos problemas e aceitação da necessidade de mudar, o que diminui a probabilidade da terapeuta reprovar ou discordar da cliente. P2 foi a cliente que mais estabeleceu *Metas*, o que pode ser explicado pela frequência com que exercícios de ensaio comportamental foram realizados ao longo das sessões. Como P2 apresentava conflitos e queixas interpessoais com diferentes familiares e dispunha de poucas reservas comportamentais, frequentemente a cliente planejava em sessão como seria a emissão de comportamentos que estavam em foco na sessão, ensaiando a aplicação no ambiente familiar.

Diversas diferenças significativas foram encontradas na interação da terapeuta com P3 em comparação aos outros casos. Para P3 a terapeuta apresentou menos *Solicitação de reflexão*, mais *Recomendação* e mais *Interpretação*. P3, por sua vez, foi a cliente que apresentou menos *Concordância* e estabeleceu menos *Metas*. A frequência inferior de *Solicitação de reflexão* para P3 (15,3%) provavelmente se deve ao quanto a cliente frequentemente se esquivava de responder de modo contingente em parte das ocorrências. Acredita-se que isso não se deva a aversividade desse comportamento para a cliente, que apresentou uma frequência expressiva de *Estabelecimento de relações* (65,6%), mas em função da necessidade maior de relatar fatos, sentimentos e dificuldades do passado e de outras relações familiares do presente. Entretanto, talvez um efeito colateral negativo da frequência reduzida de *Solicitação de reflexão* seja a frequência reduzida da cliente estabelecer *Metas*, ou seja, houve menos oportunidades de P3 planejar cursos de ação durante a sessão, tal como feito por P2.

É possível que as frequências maiores de *Interpretação* e *Recomendação* para P3 tenham sido alternativas de manejo da terapeuta para suprir a dificuldade de *Solicitar reflexão* para essa cliente, garantindo a apresentação de análises explicativas das contingências bem como fornecendo aconselhamentos, incentivos para a ação e modelos de comportamentos relevantes diante da falta de reservas comportamentais (BOLSONI-SILBA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010). Em concordância com Kanamota (2013), *Recomendação* para P3 era emitida contingente aos comportamentos de esquiva de reflexões sobre a responsabilidade de suas práticas e seus efeitos sobre a filha e outros familiares, o que sinalizava para a terapeuta a necessidade de interpretar e recomendar mais frequentemente. Entretanto, diferentemente dos achados de Donadone (2009) e Kanamota (2013), alta frequência de *Recomendação* para P3 não favoreceu alta frequência de *Concordância*, o que remete ao padrão resistente da cliente.

As análises correlacionais sugerem possibilidades de associação entre os comportamentos do terapeuta e do cliente. As correlações entre comportamentos do terapeuta sugerem tanto padrões previstos pelo procedimento de intervenção empregado e quanto variações dos repertórios de interação do terapeuta a depender de cada cliente (NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

Destacam-se as correlações encontradas entre *Solicita reflexão* e outros comportamentos como *Empatia*, *Solicita relato*, *Informação* e *Interpretação*. Nesse modelo de intervenção, espera-se que o terapeuta se empenhe em criar condições favoráveis para o cliente analisar as contingências das interações em foco e os comportamentos correlacionados podem ter auxiliado o terapeuta solicitar que o cliente se observe, estabeleça explicações, sintetize fatos ou idéias ou preveja eventos futuros. A *Solicitação de Reflexão* do terapeuta geralmente facilita a emissão da categoria *Estabelecimento de relações* pelo cliente (ZAMIGNANI, 2007), o que se confirmou no presente trabalho com relação a P3; e nesse

estudo também se associou a *Concordância* (P1) e *Metas* (P1 e P2), o que sugere possivelmente que a ênfase do procedimento na reflexão sobre as contingências relacionadas ao problema pode ser bem aceita e favorecer o planejamento de mudanças.

As associações entre *Empatia* e *Estabelecimento de Relações* (P2), estabelecimento de *Metas* (P1 e P3) e *Autocontrole* (P3) corroboram com a tese de que comportamentos que demonstram apoio e compreensão do terapeuta podem aumentar o engajamento e exposição dos clientes (ELLIOTT et al., 2011). Em oposição, as correlações negativas entre *Empatia* e *Melhora* dos tipos *Ganhos terapêuticos* (P1 e P2) e *Mudanças positivas de terceiros* (P2) contrariam essa hipótese. Como os relatos de *Melhora* tiveram frequência expressiva e a intervenção produziu resultados satisfatórios nas avaliações finais, a hipótese é que a alta frequência de *Empatia* não impediu que os pais de melhorarem suas práticas de interação (ao contrário do que sugeriram Patterson e Chamberlain, 1994), mas pode desfavorecer esses dois subtipos de relato de *Melhora* por contribuir para o pessimismo ou por reforçar inadvertidamente os relatos de queixas os através da supervalorização das mesmas (HARWOOD; EYBERG, 2004). Em consonância, durante a fase experimental de aumento da frequência de *Empatia* na intervenção com mães, Kanamota (2013) não observou alterações sistemáticas nos relatos de *Melhora*.

Outras correlações entre comportamentos do terapeuta e das clientes explicitam o funcionamento do modelo de intervenção adotado na produção de mudanças das mães. A associação de *Aprovação* do terapeuta e *Melhora dos clientes* (dos subtipos *Ganhos terapêuticos* para P1 e *Autocontrole* para P2) sugere sobre os efeitos do reforçamento diferencial com relação a comportamentos relevantes em processo de modelagem e corrobora com resultados e expectativas previstas na literatura (SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010; ZAMIGNANI; MEYER, 2007). A correção de *Aprovação* com *Concordância* (P2) pode indicar que elogiar e destacar aspectos positivos do comportamento

do cliente pode favorecer a aceitação da terapia. A associação entre *Recomendação e Metas* (P1) é esperada no sentido de que os aconselhamentos, orientações e técnicas favorecem que cliente estabeleça objetivos para melhoras futuras, planejando estratégias para a solução das queixas para a terapia. Parece compreensível também que o tipo de *Melhora Autoconsciência* da própria cliente (P1) tenha se associado ao estabelecimento de *Metas*, uma vez que esse comportamento envolve descoberta, aceitação ou compreensão de eventos até então despercebidos, gerando novos pontos de vista e possibilidades (ZAMIGNANI, 2007). A formulação de *Metas* da cliente P1 associada positivamente aos relatos de *Concordância* pode sinalizar o êxito da terapia em encorajar objetivos de mudança de modo colaborativo (WEBSTER-STTRATON; HERBERT, 1993). Correlações negativas entre *Metas* e relatos de *Melhora* foram encontradas por Silveira e colaboradores (2010), semelhantemente aos resultados de que quanto mais relatos de P1 sobre seus *Ganhos Terapêuticos* menos essa cliente formulava *Metas*. É possível que identificar melhoras no próprio repertório possa ter diminuído a probabilidade de P1 se engajar em planejar outras mudanças.

A correlação positiva entre os subtipos de *Melhora Ganhos terapêuticos e Mudanças positivas de terceiros* (P2 e P3) evidencia o principal pressuposto desse modelo de intervenção parental, de que o aumento da variabilidade e frequência de práticas parentais consideradas socialmente competentes tem relação direta com a superação dos problemas de comportamento dos filhos e melhora na qualidade da relação parental (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA, 2007; KANAMOTA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve por objetivo descrever e analisar variáveis sobre processo clínico de intervenção com três mães de crianças com problemas internalizantes. Os aspectos do

processo terapêutico analisados incluíram os diferentes tipos de queixas apresentadas pelas participantes, os comportamentos sociais trabalhados, bem como os comportamentos da terapeuta e das clientes. A avaliação do processo a partir de um modelo de intervenção dirigido a uma população específica (pais de crianças ou adolescentes com problemas de comportamento) e que encontrou resultados bem sucedidos quanto a redução de problemas internalizantes contribui para o desenvolvimento clínico dessa área.

Dentre os destaques do estudo encontra-se criação de um protocolo de categorização que buscou incluir diferentes variáveis de processo apontadas como relevantes pela literatura da área de problemas de comportamento. O uso parcial de um sistema de categorização previamente desenvolvido (SiMCCIT- ZAMIGNANI, 2007) favoreceu o diálogo entre as diferentes pesquisas e contribuir para a consolidação dessa área de investigação.

Alguns resultados se destacaram na medida em que sugerem aspectos para os quais o clínico precisa estar atento no atendimento a mães de crianças internalizantes. É desejável e possível que as mães aprendam a identificar suas práticas parentais negativas e como influenciam os problemas e dificuldades dos filhos. Apesar de ocasionais, é possível que comportamentos externalizantes adquiram status de queixa e sejam mais espontaneamente relatados que os problemas internalizantes em nível clínico. Parece especialmente importante contemplar queixas que envolvam outros familiares que participam da rede de contingências mantenedoras dos problemas familiares intervenientes na relação parental. Comportamentos de expressão socialmente habilidosa de sentimentos positivos e negativos parecem especialmente relevantes para interação com filhos que tenham problemas internalizantes, confirmando a importância da responsividade e outras habilidades relacionadas ao manejo das emoções com essa população (LUEBBE et al., 2011; MEITES et al., 2012).

Os determinantes para a apresentação das categorias do terapeuta, com maior ou

menor frequência, referem-se em parte às características do programa de intervenção avaliado, conforme outras pesquisas apontaram (KANAMOTA, 2013; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA; MEYER, 2010). O referencial teórico da Análise do Comportamento, com ênfase no modelo construcional de Goldiamond (2002), pode ter favorecido frequências expressivas de Solicitação de reflexão e Interpretação por parte da terapeuta, assim como os pressupostos do modelo colaborativo de intervenção com pais (WEBSTER-STTRATON; HERBERT, 1993) podem ter levado a altas frequências de Empatia. No caso de mães de crianças com problemas internalizantes, as altas frequências de Empatia podem ter sido necessárias em função da dificuldade de adesão, presença de muitos conflitos familiares, alta probabilidade de esquivas, dificuldade de expressão de sentimentos e criticidade. De modo geral, os padrões particulares de interação estabelecidos com cada cliente refletem a flexibilidade do procedimento e dos repertórios da terapeuta, conforme as recomendações de pesquisa de processo prescrevem (NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

Algumas limitações metodológicas desse estudo precisam ser consideradas; como a seleção de relatórios parafraseados das sessões como fonte de dados e a ausência de categorizações sobre o total de comportamentos verbais vocais das clientes. Nesse sentido, recomenda-se que pesquisas futuras possam tecer análises a partir da categorização do total de eventos comportamentais do terapeuta e do cliente emitidos durante um processo de intervenção. Por fim, avaliar as variáveis sobre as queixas, temas desenvolvidos e comportamentos do terapeuta e do cliente considerando diferentes fases do início ao fim da intervenção também pode contribuir diretamente para formação de terapeutas e identificação de regularidades e diferenças nos processos clínicos com diferentes populações.

REFERENCIAS

ACHENBACH, Thomas M.; RESCORLA, Leslie. **ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington: Aseba, 2001.

BEAUDOIN, G.; HÉBERT, M.; BERNIER, A. Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology**, v. 63, n. 3, p. 147-157, 2013.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; PAIVA, Mariana Marzoque De; BARBOSA, Caroline Garpelli. Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. **Psicologia clínica**, v. 21, n. 1, p. 169-184, 2009.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; SILVEIRA, F. F. **Cartilha informativa: Orientação para pais e mães – 3ª. Ed**, 2013.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; SILVEIRA, Fabiane Ferraz; RIBEIRO, Denize Campos. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. **Contextos Clínicos**, v. 1, n. 1, p. 19-27, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. **Temas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 217-235, 2007.

BRAGA, Gasparina Louredo de Bessa; VANDENBERGHE, Luc. Therapeutic relationship scope and function in behaviorial therapy. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, n. 3, p. 307-314, 2006.

DONADONE, Juliana Cristina. **Análise de contingências de orientações e auto-orientações em intervenções clínicas comportamentais**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ELLIOTT, Robert et al. Empathy. **Psychotherapy**, v. 48, n. 1, p. 43, 2011.

FAGUNDES, Antonio Jayro da Fonseca Motta. **Descrição, definição e registro de comportamento**. Edicon, 1999.

FOLLETTE, William C.; NAUGLE, Amy E.; CALLAGHAN, Glenn M. A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. **Behavior therapy**, v. 27, n. 4, p. 623-641, 1996.

GILLHAM, Jane E. et al. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. **Journal of abnormal child psychology**, v. 34, n. 2, p. 195-211, 2006.

GOLDIAMOND, Israel. Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. **Behavior and social issues**, v. 11, n. 2, p. 108-197, 2002.

HARWOOD, Michelle D.; EYBERG, Sheila M. Therapist verbal behavior early in treatment: Relation to successful completion of parent-child interaction therapy. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 33, n. 3, p. 601-612, 2004.

HUGHES, Elizabeth K.; GULLONE, Eleonora. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 1, p. 92-117, 2008.

KANAMOTA, Priscila C. **Efeito dos comportamentos de recomendação e empatia do terapeuta na avaliação do cliente sobre a relação terapêutica e sobre o sucesso da terapia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista – Bauru, 2013.

KAZDIN, Alan E.; WHITLEY, Moira K. Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 2, p. 346, 2006.

KAZDIN, Alan E. Observer effects: Reactivity of direct observation. **New Directions for Methodology of Social & Behavioral Science**, 1982.

KRATOCHWILL, Thomas R.; STOIBER, Karen Callan. Evidence-based interventions in school psychology: Conceptual foundations of the Procedural and Coding Manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. **School Psychology Quarterly**, v. 17, n. 4, p. 341, 2002.

LUEBBE, Aaron M.; KIEL, Elizabeth J.; BUSS, Kristin A. Toddlers' context-varying emotions, maternal responses to emotions, and internalizing behaviors. **Emotion**, v. 11, n. 3, p. 697, 2011.

MEITES, Tiffany M.; INGRAM, Rick E.; SIEGLE, Greg J. Unique and shared aspects of affective symptomatology: The role of parental bonding in depression and anxiety symptom profiles. **Cognitive therapy and research**, v. 36, n. 3, p. 173-181, 2012.

NORCROSS, John C.; WAMPOLD, Bruce E. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. **Psychotherapy**, v. 48, n. 1, p. 98, 2011.

MARIJA J. NORUŠIS; SPSS INC. **SPSS professional statistics 6.1**. Prentice Hall, 1994.

PATTERSON, Gerald R.; CHAMBERLAIN, Patricia. A functional analysis of resistance during parent training therapy. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 1, n. 1, p. 53-70, 1994.

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.

SILVEIRA, Fabiane Ferraz; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MEYER, Sonia Beatriz. Therapist's directive and nondirective behavior: Analysis of their effects in a parent training group. **International Journal of Behavioral Consultation & Therapy**, v. 6, n. 2, 2010.

TAYLOR, Ronald D. et al. Parenting practices and adolescent internalizing and externalizing problems: Moderating effects of socially demanding kin relations. **Journal of Child and Family Studies**, v. 21, n. 3, p. 474-485, 2012.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn; HERBERT, Martin. What really happens in parent training?. **Behavior Modification**, v. 17, n. 4, p. 407-456, 1993.

WEISZ, John R.; HAWLEY, Kristin M.; JENSEN DOSS, Amanda. Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 729-815, 2004.

ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT)[Therapist verbal behavior in the multidimensional system for categorization of behaviors in therapeutic interaction (SiMCCIT)]. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 2, p. 25-45, 2011.

ZAMIGNANI, DENIS ROBERTO. **O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica**. 2007. Tese de Doutorado. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo geral ampliar o conhecimento relacionado a manutenção e prevenção de problemas internalizantes com relação à variáveis familiares, principalmente quanto às práticas parentais. Três estudos complementaram-se na produção de evidências que possam subsidiar novas pesquisas e formação clínica para prevenção de problemas internalizantes.

Os resultados da revisão de literatura mostraram que embora poucas intervenções que previnem a origem ou agravamento de problemas internalizantes incluam os pais na intervenção, houve um avanço recente significativo quanto a investigação de variáveis familiares correlacionadas aos problemas internalizantes dos filhos. Nesse movimento científico consideravelmente recente não se encontram pesquisas brasileiras, talvez pelas conhecidas dificuldades de promover a adesão dos pais como participantes e alcançar amostras representativas, bem como pela presença de métodos que não distinguem problemas internalizantes e externalizantes (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2008, BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008; CIA et al., 2006).

Um ponto forte da revisão de literatura foi a identificação de práticas parentais específicas ligadas aos problemas internalizantes nos estudos sobre preditores e a comparação das mesmas com relação ao conteúdo das intervenções que incluíam os pais no tratamento. O conteúdo dos componentes parentais das intervenções evidenciam a importância das práticas parentais relacionadas à comunicação, resolução de conflitos e manejo das emoções, o que é consonante com parte da literatura sobre preditores familiares para problemas internalizantes.

Embora as pesquisas de intervenção com componente parental revisadas tenham estabelecido amostras muito representativas, tenham empregado tratamentos estatísticos sofisticados e estabelecido avaliações de follow-up considerando diferentes intervalos de tempo, a principal lacuna de pesquisa encontrada foi a ausência de medidas sobre variáveis

parentais, o que limita a compreensão do papel das práticas parentais e saúde mental dos pais nos processos de prevenção e tratamento de problemas internalizantes. Por fim, observa-se que dentre as poucas pesquisas encontradas com intervenção parental, somente duas tinham crianças com problemas exclusivamente internalizantes na amostra (GILLHAM et al, 2006; SCHMIEGE et al., 2006) e somente um grupo experimental de um estudo avaliou a realização de intervenção com pais sem a participação dos filhos e nesse caso as crianças apresentavam problemas externalizantes em comorbidade (HERMAN et al., 2011).

O segundo estudo buscou contemplar parte dessas lacunas, uma vez que a inclusão de avaliações das práticas parentais positivas e negativas, além dos problemas internalizantes e habilidades sociais dos filhos, possibilitou a análise sobre as possíveis relações entre essas variáveis antes e depois de um procedimento realizado exclusivamente com as mães. Considera-se um importante avanço para a área a possibilidade de ampliação da competência social das mães enquanto alternativa para redução da variabilidade de práticas negativas de interação, o que teria um efeito de remissão de problemas internalizantes anteriormente instalados. As práticas parentais positivas, pouco mensuradas pelos estudos correlacionais encontrados na revisão, parecem ter um papel importante também quanto a prevenção de problemas internalizantes, hipótese que precisa ser averiguada por pesquisas futuras.

Diante de tais resultados parece relevante compreender os mecanismos clínicos responsáveis pelas mudanças das mães. Se as mudanças identificadas nos repertórios de interação das mães com seus filhos e outros familiares puderam produzir a remissão de problemas internalizantes pergunta-se quais padrões de interação entre a terapeuta e as clientes possibilitam tais mudanças. Em outras palavras, como o conteúdo da intervenção e os padrões de interação terapeuta-cliente se relacionam com as melhoras das crianças no ambiente familiar? Nesse sentido, a análise do processo de intervenção revelou ser uma fonte

de informações interessantes para hipóteses explicativas sobre quais padrões e particularidades caracterizaram os processos terapêuticos.

Nesse sentido, parece relevante que os terapeutas em atendimento a essa população estejam atentos a algumas variáveis: a) há probabilidade de que no relato das mães os problemas externalizantes adquiram status de queixa tão ou mais importante do que os problemas internalizantes; b) as habilidades sociais de enfrentamento podem ser percebidas como comportamentos de oposição ou desobediência inadequados; c) a presença de conflitos e dificuldades interpessoais com outros familiares além da criança. Em consonância com os dados da revisão de literatura, as habilidades de reconhecer direitos da criança, desenvolver empatia e sensibilidade pelos seus sentimentos, manejar emoções e expressar de forma habilidosa sentimentos positivos e negativos aos filhos, bem como ensiná-los a fazer o mesmo se revelaram conteúdos importantes para as mães atendidas. Outros conteúdos parecem ter relevância, como expressar e lidar com opiniões divergentes, fazer pedidos de modo justo, aceitar a recusa dos filhos em atendê-los e diminuir a exigência com relação a regras e limites.

Foram encontradas evidências de que a terapeuta estabeleceu uma relação com as clientes marcada pela empatia, perguntas que solicitavam reflexão e interpretações. A expressiva frequência de empatia pode remeter a características da terapeuta e da população em foco. Os diversos problemas para adesão das mães no percurso amostral desse estudo podem ter evocado comportamentos acolhedores da terapeuta com maior frequência. As mães apresentavam muita necessidade de refletir e expressar sentimentos considerados difíceis, além de que apresentavam muita sensibilidade à avaliação social. Os comportamentos da terapeuta de aprovar e recomendar também tiveram expressiva importância na modelagem de repertórios de interação. Encontrou-se que as clientes de maneira geral responderam a esse padrão com frequência expressiva de concordância e aceitação da terapia, apesar das variações em cada caso. Além disso, as mães aprenderam a estabelecer relações entre eventos

e o fizeram em alta frequência durante as sessões, além de estabelecerem objetivos e planejarem comportamentos que seriam emitidas no ambiente familiar. Os relatos de melhora identificados foram consonantes com as medidas produzidas pelos que os instrumentos utilizados para avaliação dos efeitos da intervenção.

REFERENCIAS

ACHENBACH, Thomas M.; RESCORLA, Leslie. **ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington: Aseba, 2001.

ALVARENGA, Patrícia; PICCININI, Cesar A. O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social da criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 314-323, 2007.

BAKER, Jean A.; GRANT, Sycarah; MORLOCK, Larissa. The teacher-student relationship as a developmental context for children with internalizing or externalizing behavior problems. **School Psychology Quarterly**, v. 23, n. 1, p. 3, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alesssandra Turini; DEL PRETTE, Almir. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MARTURANO, Edna Maria. Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. **Aletheia**, n. 27, p. 126-138, 2008.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; SILVEIRA, Fabiane Ferraz; MARTURANO, Edna Maria. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 10, n. 2, p. 125-142, 2008.

CAMPO, John V. et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. **Pediatrics**, v. 113, n. 4, p. 817-824, 2004.

CIA, Fabiana; PAMPLIN, Renata Christian de Oliveira; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. **Paidéia**, v. 16, n. 35, p. 395-408, 2006.

COELHO, Marília Velasco; MURTA, Sheila Giardini. Parental training in group: an experience report. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 3, p. 333-341, 2007.

COMPAS, Bruce E. et al. Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 6, p. 1132, 2006.

CONNERS-BURROW, Nicola et al. Violence exposure as a predictor of internalizing and externalizing problems among children of substance abusers. **Journal of pediatric nursing**, v. 28, n. 4, p. 340-350, 2013.

DA COSTA, Noel José Dias; DE MATTOS SILVARES, Edwiges Ferreira. Enurese na adolescência: estudo de caso com intervenção comportamental. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 1, 2003.

DOZOIS, David JA; DOBSON, Keith S. **The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice**. Washington DC: American Psychology Association, 2004.

GOMIDE, P. I. C. Efeitos das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. **Psicologia clínica e da saúde**, p. 33-53, 2001.

JAKOBSEN, Ida Skytte; HORWOOD, L. John; FERGUSON, David M. Childhood Anxiety/Withdrawal, Adolescent Parent–Child Attachment and Later Risk of Depression and Anxiety Disorder. **Journal of Child and Family Studies**, v. 21, n. 2, p. 303-310, 2012.

KRATOCHWILL, Thomas R.; STOIBER, Karen Callan. Evidence-based interventions in school psychology: Conceptual foundations of the Procedural and Coding Manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. **School Psychology Quarterly**, v. 17, n. 4, p. 341, 2002.

LAMBERT, E. Warren et al. Looking for the disorder in conduct disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 110, n. 1, p. 110, 2001.

MORGAN, Judith K.; SHAW, Daniel S.; OLINO, Thomas M. Differential susceptibility effects: The interaction of negative emotionality and sibling relationship quality on childhood internalizing problems and social skills. **Journal of abnormal child psychology**, v. 40, n. 6, p. 885-899, 2012.

MERRELL, Kenneth W. **Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide**. Guilford Publications, 2008.

PACHECO, Janaína Thaís Barbosa; HUTZ, Claudio Simon. Variáveis familiares preditoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 213-219, 2009.

PATTERSON, Gerald R.; REID, John B.; DISHION, Thomas J. **Antisocial boys**. Comportamento anti-social. Santo André: ESETec Editores Associados, 2002.

PESCE, Renata. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 507-518, 2009.

RICHMOND, Melissa K.; STOCKER, Clare M. Longitudinal associations between parents' hostility and siblings' externalizing behavior in the context of marital discord. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 2, p. 231, 2008.

SALVO, Caroline Guisantes de; SILVARES, Edwiges Ferreira de Matos; TONI, Plínio Marco de. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.

SANCHEZ, Yadira M.; LAMBERT, Sharon F.; COOLEY-STRICKLAND, Michele. Adverse life events, coping and internalizing and externalizing behaviors in urban African American youth. **Journal of Child and Family Studies**, v. 22, n. 1, p. 38-47, 2013.

SAVINA, Elena et al. The study of externalizing and internalizing behaviours in Greek, Russian, Indian, and Chinese children using the Fairy Tale Test. **School Psychology International**, v. 33, n. 1, p. 39-53, 2012.

STEVENS, Gonneke WJM et al. Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 40, n. 12, p. 1003-1011, 2005.

TANDON, Mini; CARDELI, Emma; LUBY, Joan. Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 18, n. 3, p. 593-610, 2009.

WINTER, Marcia A. et al. Asthma severity, child security, and child internalizing: Using story stem techniques to assess the meaning children give to family and disease-specific events. **Journal of Family Psychology**, v. 25, n. 6, p. 857, 2011.

WEISZ, John R.; HAWLEY, Kristin M.; JENSEN DOSS, Amanda. Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 729-815, 2004.