

RESSALVA

Atendendo a solicitação do autora, o texto completo deste documento será disponibilizado somente a partir de 05/04/2026.

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

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

TAIZE DE OLIVEIRA

BAURU
2025

TAIZE DE OLIVEIRA

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

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

BAURU

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

OLIVEIRA, TAIZE DE.

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

173 f. : il.

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

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

ATA DE DEFESA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



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

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

Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA



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

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

QI – QUOCIENTE DE INTELIGÊNCIA

QRC – QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CONJUGAL

QRSH – QUESTIONÁRIO DE RESPOSTAS SOCIALMENTE HABILIDOSAS

ERA - REPERTÓRIO ALTAMENTE ELABORADO

RE - REPERTÓRIO ELABORADO

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

S – SONDA

SDQ – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

SHSE – SISTEMA DE HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS

SRS-2 – ESCALA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

SSRS – SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS

TALE – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TEA – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

THS – TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS

VB-MAPP – VERBAL BEHAVIOR MILESTONES ASSESSMENT AND PLACEMENT PROGRAM

WISC IV – ESCALA DE INTELIGÊNCIA WECHSLER PARA CRIANÇAS

LISTA DE TABELAS

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

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

LISTA DE FIGURAS

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

SUMÁRIO

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

5.	INTRODUÇÃO	55
5.1	Estilos Parentais.....	57
5.2	Práticas Educativas Parentais: estratégias importantes.....	58
5.3	Conjugalidade e Coparentalidade	59
5.4	Evidências sobre efeitos de Programas de Ensino de Habilidades Educativas Parentais.....	60
6.	OBJETIVOS	63
6.1	Objetivo geral.....	63
6.2	Objetivos Específicos.....	63
7.	MÉTODO.....	64
7.1	Delineamento	64
7.2	Aspectos éticos.....	64
7.3	Participantes.....	64
7.4	Procedimentos de coleta de dados	65
7.5	Procedimento de aplicação e orientação parental	66
7.6	Procedimento de análise de dados	67
8.	RESULTADOS	68
9.	DISCUSSÃO.....	75
10.	CONCLUSÃO.....	80
11.	REFERÊNCIAS	82
12.	<i>Estudo 2: Efeitos de generalização do Promove pais: mudança de comportamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista nível de suporte 2.....</i>	88
	RESUMO.....	89
13.	INTRODUÇÃO	90
13.1	Sobre os “problemas de comportamento”, os “interferentes” e classes similares ..	90
13.2	O TEA e classes de problemas de comportamento	93
13.3	TEA e Estilos parentais.....	94
13.4	TEA e intervenções para mudança de problemas de comportamentos.....	96
14.	OBJETIVOS	98
14.1	Objetivo geral.....	98
14.2	Objetivos específicos	98
15.	MÉTODO	99
15.1	Delineamento	99
15.2	Procedimentos éticos.....	99

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

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. INTRODUÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.1 Problemas de comportamento e TEA

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Habilidades sociais e TEA

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

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

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

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

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

1.2 Habilidades sociais educativas e orientação parental aos responsáveis com TEA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1 Conjugalidade e TEA

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

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

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

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

1.2.2 Parentalidade e TEA

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

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

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

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

1.2.3 Saúde parental e TEA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

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

2.2 Objetivos específicos

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

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

3. MÉTODO

20. CONCLUSÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21. REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Pesquisadora responsável: Taize de Oliveira.

Prezado(a) Senhor(a):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pesquisadora: Taize de Oliveira

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

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

Participante

23. APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTAL

Questionário comportamental

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

Quais são vinculadas ao TEA?

Quais contextos ocorrem esses comportamentos?

Como ocorrem esses comportamentos?

Com qual frequência ocorrem?

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

De que forma gostaria que mudasse esses comportamentos?

Qual a expectativa de mudança?

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

Questionário de informações iniciais

Idade dos responsáveis

Ocupação dos responsáveis

Renda da família

Estado civil dos responsáveis

Formação profissional dos responsáveis

Quem participa da educação da criança

Sexo da criança

Qual o diagnóstico da criança?

Com quantos anos se deu o diagnóstico?

Como se comunica com a criança?

Como avalia a comunicação com a criança?

Qual a idade atual da criança?

A criança é alfabetizada?

Frequenta a escola?

Escola regular ou especial?

Qual série?

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

Fez ou faz tratamento na ciência ABA?

Por quanto tempo? Quando iniciou a terapia?

Quando iniciou o tratamento multidisciplinar?

Quais profissionais da equipe multidisciplinar?

Realiza quantas horas semanais de terapia?

Possui acompanhante terapêutico em residência?

Possui acompanhante terapêutico em escola?

Quais objetivos terapêuticos estão sendo trabalhados com a criança?

Você responsável tem orientação de pais com os profissionais?

Os profissionais fornecem informações do acompanhamento com qual frequência?

Os profissionais orientam sobre manejo de comportamentos?

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

Como avalia a interação com a criança?

Realizou ou realiza alguma formação em Análise do Comportamento Aplicada?

Faz parte de grupos de apoio?

Busca informações sobre o TEA? Onde?

Busca informações sobre o tratamento? Onde?

Há irmão? Se sim, quantos?

O irmão possui algum diagnóstico?

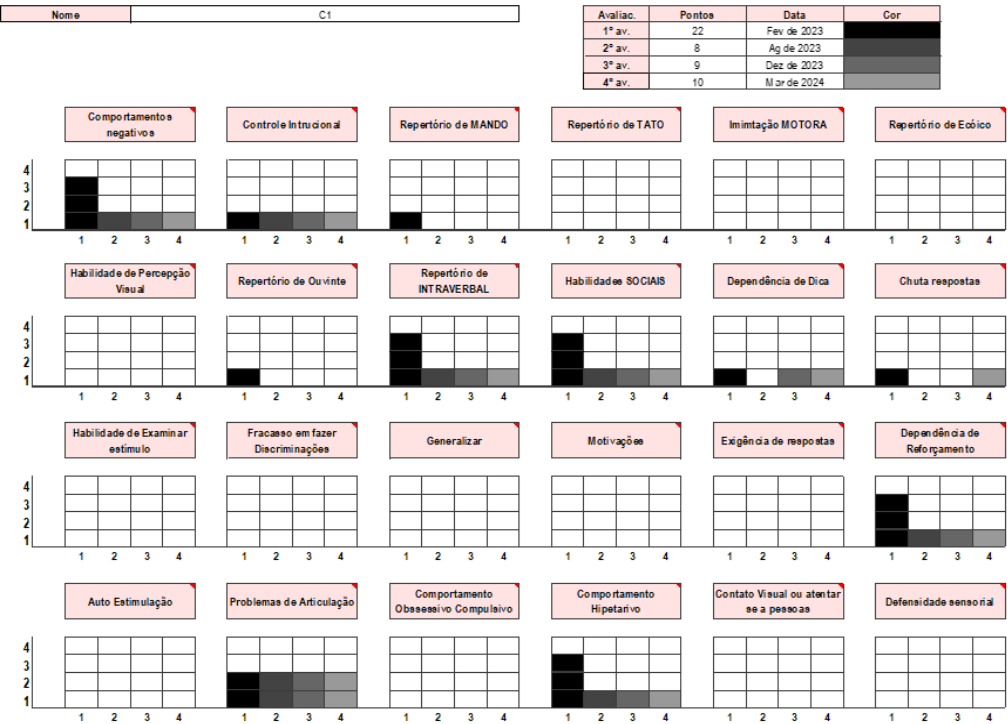
O irmão participa de algum acompanhamento?

Há queixas sobre comportamentos do irmão? Quais?

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

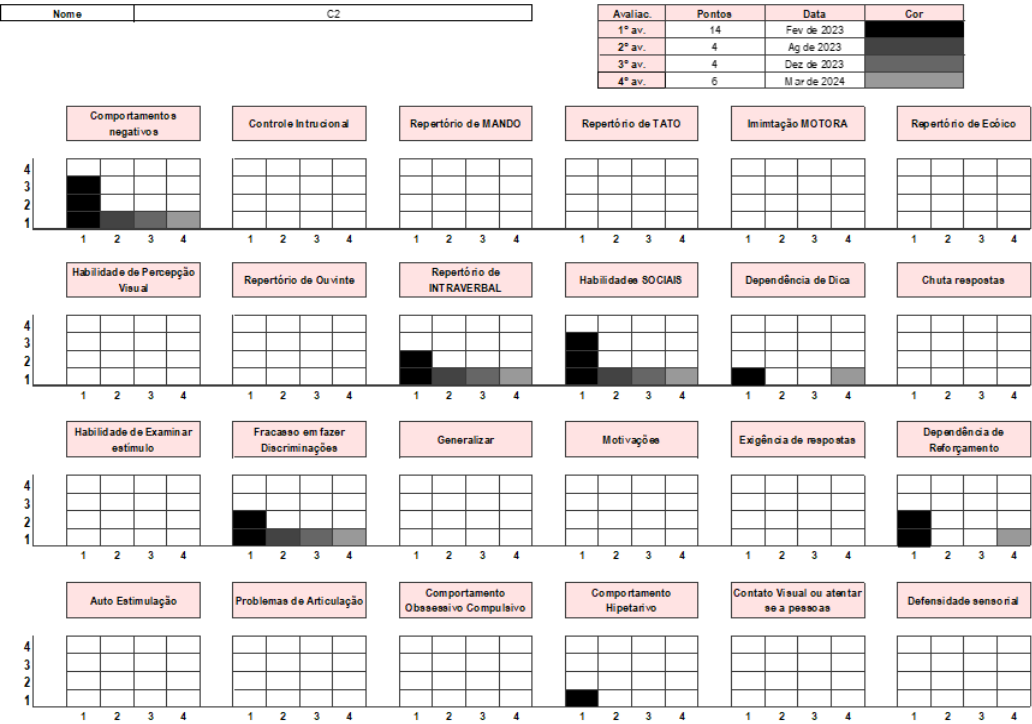
25. APÊNDICE D – AVALIAÇÃO DE BARREIRAS DE APRENDIZAGEM

Figura 21- Barreiras de aprendizagem apresentadas por C1



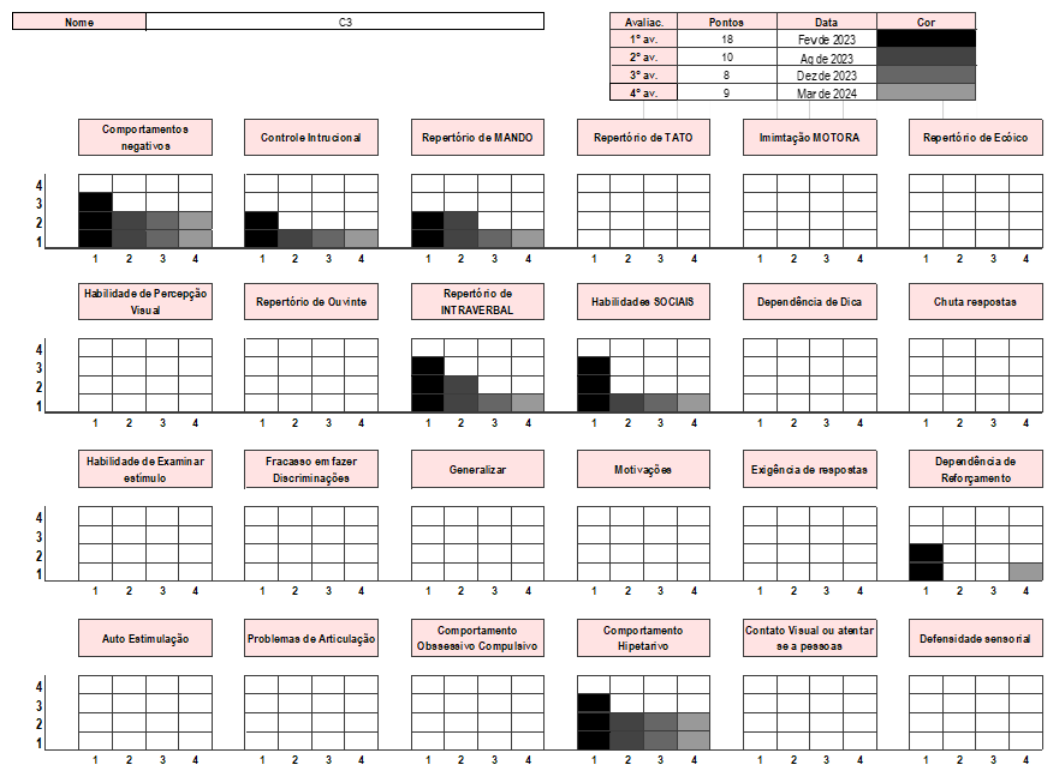
Fonte: autora.

Figura 22 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C2



Fonte: autora.

Figura 23 - Barreiras de aprendizagem apresentadas por C3



Fonte: autora.

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

Tabela 7 – Dados normativos utilizados para análise do JT

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

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

Fonte: autora.

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

Tabela 8 - Resultados do QRC – completo

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

Fonte: autora.

Tabela 9 - Resultados do DASS-21 – completo

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

Fonte: autora.

Tabela 10 - Resultados do IHS-2 – completo

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

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

Fonte: autora.

Tabela 11 - Resultados do IEP – completo

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

Tabela 14 - Resultados do ABC – por frequência- completo

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

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

Fonte: autora.

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

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

Fonte: autora.

Tabela 16 - Resultados do SDQ – por frequência- completo

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

Fonte: autora.

Tabela 17 - Resultados do SSRS – por frequência- completo

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

Fonte: autora.

Tabela 18 - Resultados do QRSB – por frequência- completo

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

Fonte: autora.

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

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

Fonte: autora.

28. APÊNDICE H – TABELAS DE RESULTADOS PAIS – JT

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

Fonte: autora.

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

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

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

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

Fonte: autora.

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

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IHS	Total	1.110	AM	-0.092	AM	1.397	AM	1.665	AM
	F1 - Conversação assertiva	1.368	AM	-0.342	AM	1.710	AM	-3.420	MNC
	F2 - Abordagem afetivo-sexual	0.000	AM	0.647	AM	2.589	MPC	7.766	MPC
	F3 - Expressão de sentimento positivo	0.823	AM	-2.056	MNC	1.645	AM	1.645	AM
	F4 - Autocontrole/enfrentamento	0.705	AM	0.000	AM	0.705	AM	1.409	AM
	F5 - Desenvoltura social	0.000	AM	-1.432	AM	0.716	AM	0.716	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 32 - Comparação JT pré e pós - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	2.571	MPC	0.000	AM	-2.571	MNC	1.286	AM
	Comportamento moral	-0.603	AM	0.000	AM	-2.412	MNC	0.000	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	-0.652	AM	1.304	AM	-0.652	AM
	Negligência	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM
	Disciplina relaxada	1.797	AM	2.995	MPC	2.995	MPC	-0.599	AM
	Monitoria negativa	1.406	AM	0.938	AM	2.344	MPC	0.469	AM
	Abuso físico	-1.005	AM	-1.005	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Índice de Estilo parental	2.311	MPC	1.156	AM	2.080	MPC	0.000	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 33 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	2.571	MPC	0.000	AM	-2.571	MNC	1.286	AM
	Comportamento moral	0.000	AM	0.000	AM	-2.412	MNC	0.603	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	1.304	AM	1.304	AM	-0.652	AM
	Negligência	0.000	AM	0.000	AM	-1.269	AM	-0.634	AM
	Disciplina relaxada	1.797	AM	2.995	MPC	2.995	MPC	-0.599	AM

Monitoria negativa	1.406	AM	1.406	AM	2.344	MPC	0.469	AM
Abuso físico	-1.005	AM	-1.005	AM	0.000	AM	0.000	AM
Índice de Estilo parental	2.542	MPC	3.004	MPC	2.080	MPC	0.231	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 34 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica IEP

Escala	Fator	M1		M2		P2		M3	
IEP	Monitoria Positiva	1.928	AM	1.928	AM	1.928	AM	1.286	AM
	Comportamento moral	-2.412	MNC	-2.412	MNC	-2.412	MNC	-1.809	AM
	Punição Inconsistente	1.304	AM	1.304	AM	-1.304	AM	0.000	AM
	Negligência	-1.269	AM	-1.269	AM	-1.269	AM	0.000	AM
	Disciplina relaxada	2.995	MPC	2.995	MPC	2.995	MPC	0.000	AM
	Monitoria negativa	2.344	MPC	2.344	MPC	2.344	MPC	0.938	AM
	Abuso físico	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Índice de Estilo parental	2.080	MPC	2.080	MPC	2.080	MPC	2.080	MPC

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

Fonte: autora.

29. APÊNDICE I – TABELAS DE RESULTADOS CRIANÇAS - JT

Tabela 35 - Comparação JT pré e pós - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.528	AM	1.222	AM	1.222	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 36 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.833	AM	1.833	AM	1.222	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 37 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica QRSH

Escala	Fator	C1		C2		C3	
QRSH	Total	1.833	AM	2.444	MPC	1.222	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 38 - Comparação JT pré e pós - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	1.597	AM	3.194	MPC	6.921	MPC

Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
Comportamento Estereotipado	1.095	AM	0.000	AM	0.365	AM
Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
Fala inapropriada	2.174	MPC	1.630	AM	0.543	AM
Total	1.778	AM	0.928	AM	1.392	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 39 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	3.194	MPC	3.727	MPC	8.518	MPC
	Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Comportamento Estereotipado	2.919	MPC	0.730	AM	-0.365	AM
	Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
	Fala inapropriada	3.804	MPC	1.630	AM	-0.543	AM
	Total	3.866	MPC	0.696	AM	1.392	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 40 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica ABC

Escala	Fator	C1		C2		C3	
ABC	Irritabilidade	3.194	MPC	3.727	MPC	8.518	MPC

Letargia	0.000	AM	0.000	AM	0.000	AM
Comportamento Estereotipado	2.554	MPC	0.365	AM	2.189	MPC
Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
Fala inapropriada	3.804	MPC	2.174	MPC	-0.543	AM
Total	3.557	MPC	0.773	AM	1.392	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 41 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Fatores De Proteção	1.966	MPC	2.808	MPC	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.732	AM
	Autocontrole	1.347	AM	2.021	MPC	-0.674	AM
	Afetividade/Cooperação	0.000	AM	1.785	AM	0.893	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	1.358	AM	0.000	AM
	Civilidade	1.360	AM	1.360	AM	0.680	AM
	Problemas De Comportamento	4.793	MPC	1.198	AM	-0.399	AM
	Problemas Externalizantes	7.392	MPC	2.2957	MPC	-1.478	AM
	Problemas Internalizantes	1.488	AM	-0.744	AM	0.744	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 42 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Escore Geral - Fatores De Proteção	1.685	AM	1.685	AM	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.366	AM
	Autocontrole	1.347	AM	0.000	AM	0.000	AM
	Afetividade/Cooperação	0.000	AM	0.893	AM	1.339	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	0.679	AM	-0.679	AM
	Civilidade	1.360	AM	2.719	MPC	0.680	AM
	Escore Geral - Problemas De Comportamento	6.391	MPC	1.997	MPC	0.000	AM
	Problemas Externalizantes	8.870	MPC	4.435	MPC	-2.218	MNC
	Problemas Internalizantes	2.976	MPC	-0.744	AM	2.232	MPC

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

Fonte: autora.

Tabela 43 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SSRS

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SSRS	Escore Geral - Fatores De Proteção	1.685	AM	2.527	AM	1.123	AM
	Responsabilidade	0.732	AM	-0.366	AM	0.732	AM
	Autocontrole	0.000	AM	2.021	MPC	-0.674	AM
	Afetividade/Cooperação	0.893	AM	1.785	AM	0.893	AM
	Desenvoltura Social	0.000	AM	0.679	AM	0.000	AM

Civilidade	1.360	AM	1.360	AM	0.680	AM
Escore Geral - Problemas De Comportamento	5.192	MPC	2.397	MPC	0.799	AM
Problemas Externalizantes	8.131	MPC	4.435	MPC	0.000	AM
Problemas Internalizantes	1.488	AM	0.000	AM	1.488	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 44 - Comparação JT pré e pós - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.143	AM	1.334	AM	2.096	MPC
	Sintomas Emocionais	1.289	AM	0.430	AM	2.577	MPC
	Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.683	AM
	Hiperatividade	2.949	MPC	0.680	AM	0.454	AM
	Problemas de conduta	0.490	AM	0.490	AM	0.980	AM
	Problemas com colegas	0.507	AM	1.014	AM	0.507	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 45 - Comparação JT pré e seguimento de 3 meses - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.525	AM	2.287	MPC	2.287	MPC

Sintomas Emocionais	1.289	AM	1.289	AM	2.577	MPC
Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.122	AM
Hiperatividade	0.811	AM	1.622	AM	0.811	AM
Problemas de conduta	0.980	AM	0.490	AM	0.980	AM
Problemas com colegas	0.507	AM	2.029	MPC	0.507	AM

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

Fonte: autora.

Tabela 46 - Comparação JT pré e seguimento de 6 meses - significância clínica SDQ

Escala	Fator	C1		C2		C3	
SDQ	Total Dificuldades	1.525	AM	2.287	MPC	2.287	MPC
	Sintomas Emocionais	1.289	AM	1.289	AM	2.577	MPC
	Pró-social	0.000	AM	0.000	AM	1.683	AM
	Hiperatividade	0.811	AM	1.622	AM	1.622	AM
	Problemas de conduta	0.980	AM	0.490	AM	0.490	AM
	Problemas com colegas	0.507	AM	2.029	MPC	0.507	AM

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

Fonte: autora.