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

INTERVENÇÃO REMOTA BASEADA NO PROMOVE-PAIS: EFEITOS SOBRE PRÁTICAS PARENTAIS E COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS AUTISTAS

BARBARA CRISTINA MESQUITA

Bauru
2026

BARBARA CRISTINA MESQUITA

Intervenção remota baseada no Promove-Pais: efeitos sobre práticas parentais e comportamentos de crianças autistas

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru, para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Bauru
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

M582i

Mesquita, Barbara Cristina
Intervenção remota baseada no Promove-Pais: efeitos sobre práticas parentais e comportamentos de crianças autistas / Barbara Cristina Mesquita. -- Bauru, 2026
159 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Alessandra Turini Bolsoni-Silva

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Habilidades Sociais Educativas Parentais. 3. Orientação Parental. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

Faculdade de Ciências

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE BARBARA CRISTINA MESQUITA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 07 de agosto de 2026, às 9h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de BARBARA CRISTINA MESQUITA, intitulada "Intervenção remota baseada no Promove-Pais: efeitos sobre práticas parentais e comportamentos de crianças autistas". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UNESP / Câmpus de Bauru - FC, Profa. Dra. CLARISSA MOREIRA PEREIRA (Participação Virtual) do(a) Instituto Par, Prof. Dr. JOÃO HENRIQUE DE ALMEIDA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UNESP / Câmpus de Bauru - FC, Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final:_ APROVADA _ _ _ _ . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

gov.br Documento assinado digitalmente
ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA
Data: 07/08/2026 13:26:00-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA

BARBARA CRISTINA MESQUITA

INTERVENÇÃO REMOTA BASEADA NO PROMOVE-PAIS: EFEITOS SOBRE PRÁTICAS PARENTAIS E COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS AUTISTAS

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP) "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Bauru, para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área do Desenvolvimento e Aprendizagem.

Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.

Data da defesa: 07/08/2026

Banca Examinadora:

_____

Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva (Orientadora)
UNESP – Bauru (SP)

_____

Dr. João Henrique De Almeida (1º Examinador)
UNESP – Bauru (SP)

_____

Dra. Clarissa Moreira Pereira (2º Examinador)
Instituto Par

_____

Dra. Olga Maria Piazentin Rolim Rodrigues (1ª Suplente)
UNESP – Bauru (SP)

_____

Dr. Mateus Brasileiro Reis Pereira (2ª Suplente)
Instituto Continuum

Mesquita, B. C. (2026). Intervenção remota baseada no Promove-Pais: efeitos sobre práticas parentais e comportamentos de crianças autistas. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2026.

Resumo Geral

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por padrões restritos e repetitivos de comportamento, prejuízos na comunicação e na interação social. No critério de interação social, o comprometimento varia de acordo com as dificuldades que o indivíduo apresenta na relação com os pares, que estão diretamente relacionadas com as habilidades sociais. Comportamentos sociais habilidosos ou comportamentos problema aumentam ou diminuem de frequência a depender das práticas parentais. Programas de orientação parental reconhecem essa influência, e ensinam aos cuidadores novos comportamentos, que contribuem com mudanças comportamentais das crianças. O Promove-Pais tem como objetivo a intervenção sobre práticas parentais, que tem potencial de ampliar as habilidades sociais das crianças e reduzir problemas de comportamento. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos da aplicação, no formato on-line, do Promove-Pais e biblioterapia adaptada ao público de pais de crianças autistas, nas práticas parentais de responsáveis por estas crianças, e avaliar também os efeitos sobre às habilidades sociais e problemas de comportamento dessas crianças. Essa pesquisa tem natureza aplicada, descritiva e quantitativa, com três fases de avaliação (pré-teste, pós-teste e follow-up). Participaram 4 adultos, responsáveis por crianças autistas pré-escolares, nível de suporte 1. Estes foram organizados a partir de uma amostragem não probabilística por conveniência. Eles responderam instrumentos de autorrelato que aferem práticas parentais e comportamentos infantis. A análise dos dados ocorreu a partir do Método JT e da correção de acordo com as normas dos instrumentos. Os resultados, a partir do relato dos responsáveis, indicam redução de práticas negativas e na variabilidade de comportamentos problema e habilidades sociais das crianças. Conclui-se que o Promove-Pais, com biblioterapia adaptada, pode contribuir enquanto ferramenta de intervenção comportamental para desenvolvimento de HSE-P em grupo para casais e em atendimento em grupo para familiares de crianças TEA suporte um.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Habilidades Sociais Educativas Parentais; Orientação Parental.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by restricted and repetitive patterns of behavior, impairments in communication, and difficulties in social interaction. Within the social interaction criterion, the level of impairment varies according to the difficulties the individual experiences in relationships with peers, which are directly related to social skills. Socially skilled behaviors or problem behaviors may increase or decrease in frequency depending on parenting practices. Parent training programs recognize this influence and teach caregivers new behaviors that contribute to behavioral changes in children. The Promove-Pais program aims to intervene in parenting practices, with the potential to enhance children's social skills and reduce behavioral problems. This study aims to evaluate the effects of the online application of Promove-Pais and bibliotherapy adapted for parents of autistic children on the parenting practices of caregivers, as well as to assess the effects on the social skills and behavioral problems of these children. This research is applied, descriptive, and quantitative in nature, with three assessment phases (pre-test, post-test, and follow-up). Four adults responsible for preschool-aged autistic children with support level 1 participated in the study. Participants were selected through non-probabilistic convenience sampling. They completed self-report instruments that measure parenting practices and children's behaviors. Data analysis was conducted using the JT Method and scoring procedures according to the instruments' guidelines. The results, based on caregivers' reports, indicate a reduction in negative parenting practices and changes in the variability of children's problem behaviors and social skills. It is concluded that Promove-Pais, combined with adapted bibliotherapy, may contribute as a behavioral intervention tool for the development of parental educational social skills (HSE-P) in group settings for couples and in group interventions for families of children with ASD support level 1.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Parental Educational Skills; Parent Training;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Percurso amostral do estudo

Figura 2. Total de tarefas entregues e qualidade da execução

Figura 3. Comparecimento na sessão e entrega das tarefas de casa

Figura 4. Desempenho dos participantes da Dupla 1, a partir de quatro indicadores

Figura 5. Desempenho dos participantes da Dupla 2, a partir de quatro indicadores

Figura 6. Comunicação, afeto e limites das Duplas 1 (MC1 e PC1) e 2 (MC2 e MC3)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização do delineamento.

Tabela 2. Caracterização dos participantes.

Tabela 3. Instrumentos utilizados de acordo com as etapas do delineamento e variáveis de interesse.

Tabela 4. Objetivos terapêuticos estabelecidos aos participantes.

Tabela 5. Temas das sessões e tarefas de casa.

Tabela 6. Resultados obtidos a partir do Patient Health Questionnaire (PHQ-9), nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 7. Resultados obtidos a partir do Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 8. Análise por variabilidade pelo RE-HSE-P, nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 9. Análise por frequência pelo RE-HSE-P, nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 10. Mudança nos indicadores de saúde mental, HSE-P e práticas negativas dos responsáveis, segundo o método JT, nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 11. Caracterização dos responsáveis.

Tabela 12. Caracterização das crianças.

Tabela 13. Instrumentos utilizados de acordo com as etapas do delineamento e variáveis de interesse.

Tabela 14. Resultados obtidos a partir do Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (QRSH-Pais), nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 15. Análise da variabilidade e frequência das habilidades sociais das crianças.

Tabela 16. Resultados obtidos a partir do Strengths and Difficulties Questionnaire na escala "pró-social" nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 17. Análise da variabilidade e frequência dos problemas de comportamento das crianças.

Tabela 18. Resultados obtidos a partir do Aberrant Behavior Checklist (ABC), nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 19. Resultados obtidos a partir do SDQ, nas diferentes medidas de avaliação.

Tabela 20. Frequência dos comportamentos problema descritos pelos cuidadores.

Tabela 21. Mudança nos indicadores de HS e problemas de comportamentos, segundo o método JT, nas diferentes medidas de avaliação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	*Applied Behavior Analysis*
ABC	*Aberrant Behavior Checklist*
AI	Avaliação intermediária
APA	*American Psychological Association*
C	Clínico
CASP	Council of Autism Service Providers
CBCL	Child Behavior Checklist
CONT	Variáveis de Contexto
C1	Criança 1
C2	Criança 2
C3	Criança 3
D1	Dupla 1
D2	Dupla 2
DSM-V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
FU3	*Follow-Up* de 3 meses
FU6	*Follow-Up* de 6 meses
GAD-7	*Generalized Anxiety Disorder*
GOF	Grupo de Orientação Parental
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
HS	Habilidades Sociais
HSE-P	Habilidades Sociais Educativas Parentais
HSE-PN	Checklist de Habilidades Sociais Educativas Parentais e Práticas Negativas
IMC	Índice de Mudança Confiável
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
IY-Child	*Incredible Years Child Program*
IY-Parent	*Incredible Years Parent Program*
MC1	Mãe da Criança 1
MC2	Mãe da Criança 2
MC3	Mãe da Criança 3
NC	Não Clínico

PHQ-9	*Patient Health Questionnaire*
POFF-TEA	Programa de Orientação para Familiares de Filhos com TEA
PQIF	Programa de Qualidade na Interação Familiar
PR NEG	Práticas Negativas
PRÉ	Avaliação Pré-Intervenção
PROBL	Problemas de Comportamento
PÓS	Pós-intervenção
PC1	Pai da Criança 1
QRSH-Pais	Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (Pais)
RE-HSE-P	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais
SC	Significância Clínica
SDQ	*Strengths and Difficulties Questionnaire*
SRS-2	*Social Responsiveness Scale*
SSTP	*Stepping Stones Triple P*
S1	Sonda 1
S2	Sonda 2
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
TO	Terapia ocupacional
TOTAL POS	Total Positivo
TOTAL NEG	Total Negativo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL **12**
OBJETIVO GERAL **21**
Estudo 1: Efeitos do Promove-Pais em responsáveis de crianças autistas, nível de suporte 1: habilidades educativas parentais e saúde mental. **23**
Resumo **23**
Abstract **24**
INTRODUÇÃO **25**
OBJETIVOS **33**
MÉTODO **33**
RESULTADOS **46**
Avaliação de satisfação 46
Tarefas de casa 46
Saúde Mental 50
Habilidades Sociais Educativas Parentais 52
Relato dos participantes 58
Categorização dos indicadores de saúde mental, habilidades sociais educativas parentais e práticas negativas dos responsáveis, segundo o Método JT. 59
DISCUSSÃO **62**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **69**
REFERÊNCIAS **70**
Estudo 2: Efeitos comportamentais em crianças autistas, nível de suporte 1, após participação dos seus responsáveis no programa Promove-Pais **82**
Resumo **82**
Abstract **83**
INTRODUÇÃO **84**
OBJETIVOS **90**
MÉTODO **90**
RESULTADOS **97**
Habilidades Sociais Infantis 97
Problemas de Comportamento 101
Relato dos participantes 108
Categorização dos indicadores de habilidades sociais infantis e problemas de comportamento, segundo o Método JT. 109
DISCUSSÃO **111**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **116**
DISCUSSÃO GERAL **125**
CONCLUSÃO GERAL **128**
REFERÊNCIAS **130**

INTRODUÇÃO GERAL

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por a) prejuízos na comunicação social recíproca e interação social, e b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. A partir do DSM-V, o TEA engloba o autismo, a Síndrome de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, que apareciam na edição anterior do manual como subtipos do Transtorno Global do Desenvolvimento (American Psychological Association [APA], 2013).

A manifestação dos sintomas do TEA é variada em cada indivíduo, a depender da idade, nível intelectual, histórico de intervenção e nível de suporte recebido (APA, 2013). Gray e Tonge (2001), a partir de estudos retrospectivos, identificaram alguns comportamentos apresentados por crianças autistas pré-escolares. No aspecto relacionado à comunicação, encontra-se, por exemplo, a ausência de comunicação verbal e participação em conversas sociais. Dentre os comportamentos observados na interação social estão a falta de interesse em outras crianças, dificuldade em participar de atividades com os outros, não demonstrar afeto, não buscar ou oferecer conforto, falta de responsividade social, ausência de comportamentos de saudação e ignorar pessoas.

De acordo com o DSM-V, o comprometimento na interação social varia de acordo com as respostas apresentadas pelo indivíduo na relação com os pares, especialmente aquelas que podem gerar prejuízo nesse contexto. Tais comportamentos estão associados ao baixo interesse social, à dificuldade em iniciar e manter interações, expressar e reconhecer emoções e ao baixo contato visual (Duarte et al., 2018). Esses repertórios podem ser categorizados como habilidades sociais (HS), e seus déficits sinalizam a necessidade de uma aprendizagem estruturada em HS (Guivarch, 2017).

Del Prette e Del Prette (2017) propõem uma organização das habilidades sociais em classes de respostas, a partir das seguintes categorias: a) comunicação; b) civilidade; c) assertivas; d) empáticas; e) fazer e manter amizade; f) expressar afeto e intimidade; g) manejar conflitos e resolver problemas; h) expressar solidariedade; i) coordenar grupos e j) falar em público. A eficiência na prática de cada categoria e classe de respostas varia de acordo com a faixa etária do indivíduo. Essa classificação contribui para orientar intervenções para o ensino de repertórios no campo teórico-prático do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) amplamente caracterizado por esses autores. Porém, classificar HS em categorias não é o mesmo que defini-las (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010). Assim, Del Prette e Del Prette (2010) definem HS como:

> uma classe geral de comportamentos que possuem alta probabilidade de produzir consequências reforçadoras para o indivíduo e para as demais pessoas do grupo social e que, sob os critérios referidos, comportamentos do tipo coercitivo ou agressivo não estariam entre os socialmente competentes, mesmo quando produzindo consequências positivas imediatas para o indivíduo (p. 107).

Essa definição se faz a partir de um viés Analítico Comportamental, o qual determina que comportamentos são selecionados a partir das suas consequências, e consequências reforçadoras selecionam comportamentos operantes. Sob a ótica do behaviorismo radical, habilidades sociais podem ser entendidas e definidas como comportamentos operantes, que mantém uma relação funcional com consequências reforçadoras, as quais aumentam a probabilidade de emissão dessas respostas em contextos semelhantes futuros (Skinner, 1979/2000).

Para Skinner (1979/2000), comportamento social é definido como comportamentos entre duas ou mais pessoas, uma em relação à outra ou, [dessas pessoas] em conjunto. Assim, entende-se que o comportamento de um indivíduo é ambiente para a resposta de outro. Como exemplo, tem-se o aumento ou a diminuição na frequência de comportamentos habilidosos ou antissociais de crianças, a depender do comportamento dos responsáveis (Cia et al., 2006; Santos & Wachelke, 2019).

Continuando em uma perspectiva funcional, comportamentos socialmente habilidosos são aqueles que, em determinados contextos, produzem consequências reforçadoras para o indivíduo que se comporta e para os outros que estão envolvidos nessa interação, aumentando a probabilidade de interagirem novamente em contextos futuros. Por outro lado, comportamentos pouco habilidosos ou antissociais, ao mesmo tempo que podem produzir consequências reforçadoras a curto prazo a quem se comporta, tendem a gerar consequências punitivas para o ambiente social, prejudicando a qualidade e a continuidade da interação.

Considerando o papel duplo que cada pessoa desempenha em interações, Medeiros et al. (2023) destaca a importância dos comportamentos de pais, cuidadores ou responsáveis sobre o comportamento infantil e as repercussões que estes provocam sobre o desenvolvimento da criança. De acordo com Bolsoni-Silva e Marturano (2008), o conjunto de comportamentos dos pais relacionados às práticas de cuidado com os filhos são denominados de “práticas parentais”.

Práticas parentais positivas envolvem reforçamento positivo para todos os envolvidos e englobam as seguintes classes de resposta: comunicação entre criança e adulto, demonstração de afeto, estabelecimento de limites e comportamentos que buscam a resolução de problemas de forma colaborativa. Essas práticas favorecem o desenvolvimento saudável da criança e de

comportamentos pró-sociais, como responsabilidade, empatia e honestidade (Gomide, 2006; Lawrenz, 2020; Morrill et al., 2016), que aumentam os fatores de proteção à criança (Rovaris & Bolsoni-Silva, 2020) e que auxiliam no enfrentamento às adversidades, assim desenvolvendo sua independência e cooperação (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018). Por sua vez, práticas parentais negativas envolvem contingências com punições e referem-se ao uso de agressão física e ameaça, o que parece elevar a vulnerabilidade da criança para comportamentos internalizantes e externalizantes[1] (Lawrenz, 2020). Outros autores descrevem que a utilização de práticas negativas aumenta os fatores de risco para hiperatividade e desobediência (Achenbach & Rescorla, 2001), práticas delinquentes, medo, raiva, ansiedade e uso de drogas (Gomide, 2006). O uso de ameaças e agressões físicas estão relacionadas com as dificuldades encontradas na relação da criança com os cuidadores (Stasiak et al., 2014). Assim, entende-se que práticas educativas de pais/mães podem tanto colaborar para o desenvolvimento saudável dos filhos como dificultar esse processo (Kazdin, 2021), contribuindo para o surgimento de problemas de comportamento, internalizantes e externalizantes, considerados aversivos ao ambiente e que são manifestados através de topografias distintas.

Compreender por que alguns indivíduos exercem a parentalidade com mais adequação do que outros garante a qualidade de programas preventivos e interventivos (Silva & Vieira, 2018). Há diversos fatores que podem influenciar o comportamento dos responsáveis e, consequentemente, sua parentalidade e práticas parentais. Dentre eles, destacam-se características relacionadas ao histórico de vida e saúde dos pais e da criança, além de fatores do contexto social e cultural em que a relação cuidador-criança está inserida, como relacionamento conjugal, a classe social, ocupação dos responsáveis, rede de suporte dos cuidadores e metas que os pais estabelecem aos filhos (Gomide & Otoni da Silva, 2025; Silva & Vieira, 2018).

Observa-se que sintomas de ansiedade e depressão também são recorrentes em pais de crianças autistas, como indica Mostarda et al. (2024). Há uma alta incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva em pais de crianças autistas com idades entre um e cinco anos, níveis de suporte 1 e 2. Por exemplo, Oliveira et al. (2024) apontam os impactos na saúde mental dos pais após o diagnóstico de TEA em seus filhos. Estes apresentam sentimentos de impotência e ansiedade diante da dificuldade de lidar com os sintomas relacionados ao diagnóstico, e reforçam a necessidade de intervenções voltadas a essa população. Assim, Pissaia (2022) destaca a importância de incluir a participação familiar nos atendimentos de indivíduos autistas, com o objetivo de reduzir

[1] Problemas de comportamento internalizantes envolvem a presença de eventos privados e geralmente causam prejuízo apenas ao sujeito que se comporta, (p.ex.: vergonha e tristeza excessiva) enquanto os externalizantes envolvem respostas observáveis (p.ex.: bater, gritar e xingar) que causam prejuízo ao sujeito e ao ambiente. Essas respostas garantem a presença de reforçadores ao indivíduo que emite essas respostas, aumentando a probabilidade de sua ocorrência em situações futuras. Muitas vezes os problemas de comportamento, independente da topografia, substituem respostas socialmente habilidosas, que se apresentam em déficit no repertório comportamental da criança.

fatores de risco para o estresse parental (Bozoglan & Kumar, 2022; Faro et al., 2019; Pinto & Constantinidis, 2020)

O estilo parental permissivo, com baixo estabelecimento de limites, é o mais identificado em pais de crianças autistas (van Steijn et al., 2013; van Tongerloo et al., 2015). Van Tongerloo et al. (2015) relacionam esse estilo ao aumento de risco de comportamentos problema externalizantes. Carmo et al. (2019), em uma revisão integrativa, identificam que a permissividade dos responsáveis está associada à proteção, resultando em um déficit no estabelecimento de responsabilidades às crianças, regras e limites. Observa-se também a presença de estilos parentais autoritários em pais de crianças autistas, também associado a alta frequência de emissão de comportamentos problema externalizantes (Clauser et al., 2021).

Intervenções estão sendo organizadas com o objetivo de ensinar práticas parentais positivas e acompanhar os efeitos sobre o comportamento das crianças (Guisso et al., 2019). Os programas de treinamento parental (em inglês: parent training programs) tratam-se de uma prática baseada em evidência para crianças com comportamentos disruptivos, desde pré-escolares a adolescentes (Bearss et al., 2015) e são exemplos o programa Incredible Years (Webster-Stratton et al., 2004), Kazdin's Parent Training (Kazdin, 2005), Barkley's Defiant Children (Barkley, 2013) e o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018). Santos e Wachelke (2019) e Serrão (2021) indicam em seus estudos que intervenções que promovem habilidades sociais parentais contribuem positivamente no desenvolvimento de crianças típicas e atípicas, com evidências reforçadas por revisões sistemáticas (ver Fang et al., 2024; Ragni et al., 2022 para revisões sistemáticas), já que as crianças apresentam melhora em suas habilidades sociais infantis e redução de problemas de comportamento (Oliveira-Franco, 2022; Postorino et al., 2017; Scahill et al., 2016). Para o propósito deste trabalho, evidencia-se que essas intervenções têm sido frequentemente utilizadas com pais de crianças com desenvolvimento atípico em âmbito internacional (Lee et al., 2022; Wahdan et al., 2023) e nacional, como aquelas realizadas por Cruz (2019), Souza (2023), Grassi (2025) e Oliveira (2025) e outros autores.

Wahdan et al. (2023) tiveram como objetivo avaliar o efeito do programa Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays, uma adaptação do Incredible Years para o público autista, sobre a redução de estresse parental e diminuição de práticas parentais negativas. A adaptação inclui tanto conteúdos relacionados ao manejo de comportamento como o desenvolvimento de habilidades infantis. Além disso, busca aprimorar a interação pai-filho, considerando aspectos como o reforço e a forma como a comunicação acontece. No estudo, foi utilizado um delineamento pré e pós teste sem grupo controle, ao longo de 14 sessões, com uma sessão semanal de duas horas de duração. A amostra, por conveniência, foi composta por 34 pais que concluíram o estudo, com filhos de idade entre 2 a 8 anos. Os resultados indicaram, a partir de instrumentos de autorrelato,

uma redução no estresse parental e melhorias nas habilidades parentais, incluindo: manejo comportamental, comportamentos pró-sociais, interações positivas, uso de elogio e maior autoeficácia parental, além de redução de comportamentos agressivos das crianças. Como limitação, os autores destacam uma coleta de dados exclusivamente por meio de autorrelato.

Por sua vez, Lee et al. (2022) utilizaram o Stepping Stones Triple P (SSTP), uma adaptação do programa *Triple P,* para intervir sobre comportamentos infantis e práticas parentais, em um delineamento pré e pós teste. O SSTP aborda como o desenvolvimento atípico impacta o comportamento e a aprendizagem da criança, busca promover maior adaptação da família à criança com deficiência e ensina os pais a identificar as funções dos comportamentos disruptivos, bem como ensinar as crianças a desenvolver competências, como habilidades de comunicação. No estudo, foram estabelecidos dois grupos: o experimental, com 21 pais, e o controle, com 17. O grupo experimental participou de três sessões, cada uma com 2 horas de duração (90 minutos de conteúdo e 30 minutos de discussão). Como resultado, o grupo experimental, a partir de instrumentos de autorrelato, apresentou menos problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos, bem como menor gravidade dos problemas. Já em relação às suas práticas, observou-se melhorias na relação pais-filho, menor uso de práticas parentais negativas e maiores estratégias para lidar com dificuldades comportamentais. Estes resultados foram comparados ao grupo controle. Posteriormente, o grupo controle recebeu as mesmas sessões do grupo experimental apenas após o pós-teste. Enquanto limitação do estudo, descrevem que a coleta de dados foi feita exclusivamente através de autorrelato.

Em âmbito nacional, Cruz (2019) adaptou o Programa de Qualidade na Interação Família (PQIF; Weber et al., 2018) para a realidade de pais de crianças autistas, entre 6 a 11 anos. O PQIF é um programa que busca desenvolver práticas educativas parentais de maneira vivencial, com eficácia comprovada a partir de análises quantitativas e qualitativas (Weber et al., 2006). A adaptação inseriu as características do TEA e o processo de estabelecimento de novas respostas dos responsáveis na interação com a criança ao longo dos encontros (no programa, nomeado enquanto “re-idealização”). Posteriormente, avaliaram a validade social do programa com um grupo de mães (Cruz et al., 2022). Participaram do estudo 10 mães de crianças com diagnóstico de TEA, cujos filhos apresentavam idade média de 7,5 anos. Duas participantes eram mães de dois filhos no espectro. Quanto às características das crianças, sete foram classificadas como nível 1 de suporte e cinco como nível 2 de suporte. A partir do relato das participantes, as autoras sugerem que o PQIF adaptado permitiu que elas pudessem observar as características positivas dos seus filhos e aprender a partir da escuta de situações semelhantes, vivenciadas pelas outras participantes (Cruz et al., 2022). Porém, o estudo não apresenta dados quantitativos ou qualitativos sobre as práticas parentais ou se houveram efeitos sobre o comportamento das crianças.

Souza (2023) realizou a aplicação do Programa de Orientação para Familiares de Filhos com TEA (POFF-TEA), desenvolvido com o objetivo de intervir sobre as práticas parentais de familiares de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA). O programa busca promover o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais por meio da discussão de situações cotidianas e da criação de vivências, utilizando estratégias como o *role-playing* e a problematização das auto-regras dos responsáveis (Souza, 2023). Participaram do estudo 67 pessoas, sendo 61 do sexo feminino e seis do sexo masculino. A idade dos filhos autistas variou entre três e 17 anos. Não foram informadas, no estudo, as classificações referentes ao nível de suporte das crianças/adolescentes.

A intervenção ocorreu de maneira remota, através do Google Meet, ao longo de 11 encontros. Durante o processo, os temas abordados se relacionaram com o desenvolvimento infantil; autismo; educar para autonomia; experiências com questões sensoriais; sexualidade e puberdade no autismo; envolvimento parental; habilidades sociais educativas e parentais; regras e bem-estar familiar; fortalecendo comportamentos adequados; enfraquecendo comportamentos inadequados e práticas parentais. Observou-se que o POFF-TEA pôde incentivar práticas parentais positivas, bem como a redução de práticas parentais negativas. Em relação ao formato on-line, este foi descrito enquanto um facilitador para participação dos familiares. A autora indica limitações relacionadas à falta de avaliações de seguimento. Souza (2023) recomenda que pesquisas futuras incluam pais de diferentes regiões, incorporem em suas temáticas a habilidade de demonstrar afeto e atenção e realizem avaliações de seguimento, a fim de verificar os efeitos da intervenção ao longo do tempo.

Grassi (2025), em um estudo piloto, realizou uma intervenção em formato *on-line* utilizando o programa Promove-Pais e biblioterapia[2] adaptada, ao longo de quinze sessões. Para a coleta de dados, utilizou instrumentos de autorrelato, incluindo o Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (Pais; QRSH-Pais) e o *Aberrant Behavior Checklist* (ABC), além do Roteiro de Entrevistas em Habilidades Sociais Educativas e Parentais (RE-HSE-P). A mãe de uma criança autista, nível de suporte 2, foi a participante. Os resultados indicaram aumento nas práticas positivas e redução das práticas negativas, além de melhora na saúde mental materna, indicado a partir do RE-HSE-P. A criança, por sua vez, apresentou melhora nas habilidades sociais (mensurado a partir do QRSH-Pais), redução nos comportamentos externalizantes e na sintomatologia do TEA. A mãe apresentou alto nível de adesão e engajamento de maneira remota *on-line.* A autora recomenda que pesquisas futuras considerem crianças com diferentes níveis de suporte. Além disso, descreve em

[2] Biblioterapia refere-se a um material escrito, disponibilizado aos participantes, no início da intervenção. Recomenda-se uma leitura prévia às sessões, mas não restrita a esse momento. O conteúdo da biblioterapia aborda todas as temáticas trabalhadas ao longo da intervenção.

sua revisão rápida de literatura[3] que pesquisas de caracterização e intervenção com foco em habilidades sociais educativas parentais demonstram bons resultados, mas são escassas, principalmente aquelas que envolvem pais de crianças autistas.

Oliveira (2025), por sua vez, realizou uma intervenção presencial utilizando o Promove-Pais e a biblioterapia adaptada. Ao longo de quinze sessões, 3 mães e 1 pai de crianças autistas, compuseram o grupo de participantes. Estes eram responsáveis por crianças autistas, nível de suporte 2, que possuíam entre 6 a 9 anos. Dentre os instrumentos utilizados, estavam o RE-HSE-P, QRSH-Pais, ABC, SDQ. Enquanto resultado, o RE-HSE-P indicou mudanças na classificação (clínica para não clínica) em habilidades sociais educativas parentais para todos os responsáveis, e para práticas negativas de dois dos três. Também foi notada redução nos problemas de comportamento das crianças a partir dos instrumentos ABC e SDQ, com manutenção dos resultados na avaliação de seguimento. A autora sugere que pesquisas futuras investiguem a aplicação desse modelo de intervenção em grupos terapêuticos de maneira remota, em famílias de crianças com diferentes níveis de suporte.

Há também intervenções realizadas remotamente, em âmbito nacional, com públicos típicos. Pianovski e Silveira (2021) intervieram sobre o uso excessivo de internet de crianças através de uma intervenção *on-line* utilizando o Promove-Pais. Utilizaram instrumentos de autorrelato para verificar comportamentos infantis e dos pais. Em relação às crianças, avaliaram: o tempo de tela, outros problemas de comportamento e habilidades sociais. Sobre o repertório parental, avaliaram: indicadores de depressão, estresse, ansiedade e habilidades sociais parentais. Foram realizados cinco encontros, com aproximadamente duas horas de duração cada. As autoras adicionaram temas relacionados a manejo do comportamento de uso da internet pelos filhos; e todos os encontros seguiram a estrutura original indicada pelo programa (i.e.: verificação da tarefa de casa, exposição teórica do conteúdo, treino de habilidades, indicação de uma nova tarefa e avaliação da sessão). Participaram três mães, com filhos típicos entre 6 a 12 anos. Enquanto resultado, foi observado a redução do uso da internet por todos os participantes. A autora apresenta enquanto limitações a impossibilidade de garantir bons resultados para outros problemas clínicos e incerteza em relação ao quão confortável as participantes estiveram durante os encontros, por participarem de maneira remota, pelas condições de sigilo.

Por sua vez, Silva (2022) realizou uma intervenção combinada utilizando o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) e Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016), também no formato remoto, sobre o status sociométrico[4] de rejeição e na estrutura de rede social de crianças de

[3] Grassi (2025) descreve que uma revisão rápida de literatura apresenta as mesmas etapas de uma revisão sistemática, porém, a busca de estudos ocorre somente em uma ou duas bases de dados. Em seu estudo, a busca se deu através do Periódicos CAPES.

[4] O Status sociométrico trata-se do índice de aceitação e rejeição da criança perante o grupo (Silva, 2022).

idade escolares. A intervenção ocorreu durante a pandemia de COVID-19, com a participação de 7 mães e 7 crianças. Foi utilizado o RE-HSE-P para avaliação do repertório parental e formulação do caso, e uma entrevista estruturada para avaliar o status sociométrico das crianças. Ao término da pesquisa, observou-se mudança no status sociométrico de duas das três crianças que apresentavam status clínico. Porém, a autora sugere que a mudança não pode ser atribuída com segurança à intervenção devido à falta de controle experimental do delineamento (i.e.: não houve uma condição controle que permitisse comparar o que teria acontecido na ausência da intervenção). Além disso, apesar do RE-HSE-P ter sido utilizado em uma avaliação pré-intervenção, e a intervenção ter sido feita com os pais, a partir do programa Promove-Pais, não foi avaliado o repertório dos mesmos após a intervenção. Enquanto limitação, a autora sugere que a realização do programa por meio remoto prejudicou a adesão dos participantes, e sugeriu novas pesquisas para verificar os efeitos da aplicação do programa nesse formato.

O Promove-Pais, utilizado nas intervenções citadas até o momento, é uma intervenção baseada em Análise do Comportamento Aplicada (ABA - *Applied Behavior Analysis*). A ABA é frequentemente indicada como proposta interventiva para pessoas no espectro autista por ser uma abordagem empiricamente estudada, validada e com eficácia observada para diversas intervenções, incluindo de habilidades sociais (Passarelli et al., 2023 para uma revisão bibliográfica sobre a eficácia da ABA em HS; Tiura et al., 2017; Virues-Ortega et al., 2022).

Para nortear a prática baseada em evidências em análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista, o *Council of Autism Service Providers* (CASP, 2024) orienta que cuidadores, familiares e outros responsáveis podem ser incluídos na intervenção ABA por meio de treinamentos e consultorias fornecidas durante o acompanhamento do indivíduo autista. Segundo essas orientações, o atendimento direcionado aos responsáveis enfatiza o desenvolvimento de habilidades para que eles sejam capazes de apoiar os objetivos de tratamento. Para tal, o analista do comportamento pode incluir objetivos mensuráveis para os cuidadores. O processo de treinamento/consultoria deve ser composto por: a) avaliação comportamental individualizada; b) formulação de caso; c) modelagem e demonstração de habilidades; d) prática da habilidade, com suporte em tempo direto; e) supervisão e orientação durante a implementação das habilidades; f) desenvolver habilidades de resolução de problemas; g) suporte para implementar as estratégias em diferentes ambientes e h) apresentações didáticas. Como exemplos de objetivos estabelecidos para esse processo, estão: 1) melhora no relacionamento da pessoa autista com os membros da família; 2) aumento de habilidades comunicativas funcionais do indivíduo; e 3) redução de comportamentos auto agressivos e heteroagressivos com irmãos e cuidadores, a partir do estabelecimento de comportamentos alternativos.

Bearss et al. (2015) descrevem que o termo treinamento de pais tem sido utilizado para descrever uma ampla gama de intervenções, como: psicoeducação sobre o transtorno, treinamento para desenvolver diferentes habilidades infantis e o desenvolvimento de habilidades de organização e rotina familiares. Independente do objetivo, nota-se que os programas que intervêm com pais ampliam o acesso à intervenção ao requererem menos recursos financeiros, em comparação a outros tipos de intervenção (Bagaiolo et al., 2017; Dogan, 2023).

O Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), já citado enquanto um modelo interventivo amplamente utilizado, é um guia teórico-prático de orientação parental, com influência do programa parental de Patterson et al. (2002), do Modelo Colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993) e do Modelo Construcional de Goldiamond (2002/1974). A influência de Patterson et al. (2002) relaciona-se com o entendimento de que intervenções com crianças com problemas de comportamento só produz resultados esperados quando há mudanças no contexto familiar, com pais que utilizam práticas positivas para o ensino de comportamento pró-social e que saibam manejar comportamentos problemáticos. O Modelo Colaborativo de Webster-Stratton e Herbert (1993) permite entender que familiares e terapeutas em intervenções devem manter relações horizontais, em que ambos possuem conhecimentos para estabelecer estratégias de resolução de problemas, de forma colaborativa. Por sua vez, o Modelo Construcional de Goldiamond (2002/1974) vai de acordo com o modelo colaborativo, e adiciona que problemas de comportamento infantis são operantes competentes, e habilidades sociais podem ser respostas funcionalmente equivalentes, capazes de produzir reforçadores equivalentes aos obtidos por comportamentos problema.

Assim, o Promove-Pais tem como objetivo promover interações sociais positivas ao intervir e incentivar mudanças nas práticas parentais. O programa originalmente indica uma biblioterapia para seu uso, porém, Oliveira et al. (2024) adaptou esse material para atender as necessidades dos pais de crianças autistas. Diante desse cenário e com base nas lacunas identificadas até o momento, este estudo tem como objetivo avaliar a implementação, de maneira remota, do programa Promove-Pais e biblioterapia adaptada sobre as habilidades sociais educativas parentais de responsáveis, em duplas, por crianças autistas, nível 1 de suporte, em idade pré-escolar. Além disso, visa verificar os efeitos sobre as habilidades sociais e problemas de comportamento das crianças, utilizando-se de avaliações pré, pós-intervenção e de *follow-up* de 3 e 6 meses.

OBJETIVO GERAL

Objetivo Geral

Descrever os efeitos da aplicação do Promove-Pais e biblioterapia adaptada, na modalidade online, sobre as habilidades sociais educativas parentais, práticas negativas e saúde mental de responsáveis por crianças autistas nível de suporte 1, bem como sobre as habilidades sociais infantis e os problemas de comportamento.

Objetivos específicos: estudo 1

a. Verificar os efeitos do Promove-Pais e biblioterapia adaptada em repertório de habilidades sociais educativas e práticas parentais negativas em duas duplas de responsáveis por crianças autistas em idade pré-escolar;
b. Avaliar os efeitos do Promove-Pais e biblioterapia adaptada na saúde mental dos responsáveis de crianças autistas em idade pré-escolar;
c. Comparar os efeitos do Promove-Pais e biblioterapia adaptada entre duas duplas provenientes de amostragem não probabilística por conveniência (i.e. uma dupla composta por duas mães e outra composta por um casal heteroafetivo), considerando práticas educativas, saúde mental e comportamentos infantis;
d. Analisar indicadores processuais da intervenção através da avaliação da adesão dos participantes pela realização das tarefas de casa;
e. Analisar a percepção de satisfação dos responsáveis ao término de cada sessão.

Objetivos específicos: estudo 2

f. Avaliar os efeitos do Promove-Pais e biblioterapia adaptada no repertório de habilidades sociais e de problemas de comportamento de crianças autistas em idade pré-escolar;

Estudo 1: Efeitos do Promove-Pais em responsáveis de crianças autistas, nível de suporte 1: habilidades educativas parentais e saúde mental.

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista é caracterizado por *déficits* na comunicação, interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento. Crianças autistas em idade pré-escolar, do sexo masculino, tendem a apresentar um maior número de problemas de comportamentos externalizantes, causando prejuízo para si e para o ambiente em que vive. Essa característica, e outras que influenciam a parentalidade de pais de crianças autistas, afetam diretamente os indicadores de saúde mental e as práticas parentais destes cuidadores. Assim, programas de orientação parental são indicados para melhorar as habilidades parentais, reduzir práticas coercitivas e promover a saúde mental. O presente estudo utilizou o Promove-Pais e biblioterapia adaptada para responsáveis de crianças autistas, de nível de suporte 1, com o objetivo de descrever os efeitos da intervenção sobre as habilidades sociais educativas parentais e saúde mental destes responsáveis, na modalidade on-line. O estudo utilizou um delineamento de sujeito único, com quatro participantes, que foram divididos em duas duplas. A dupla um foi composta por um casal (um homem e uma mulher) e a dupla dois por duas mães, pareadas por conveniência. Foram realizadas avaliações de sondagem e linha de base anteriormente à intervenção, uma avaliação pós intervenção e duas de *follow-up* (após 3 e 6 meses). Os resultados da implementação indicam mudanças clinicamente significativas em habilidades sociais educativas parentais e significância clínica para redução de práticas negativas. Sobre à saúde mental, observa-se resultados imprecisos. O presente estudo evidencia que o Promove-Pais enquanto um programa de orientação parental forneceu aos responsáveis de filhos com TEA, suporte 1, a promoção de repertório de habilidades sociais educativas parentais, as quais parecem ser funcionalmente equivalentes para o uso de práticas negativas, diminuindo-as. Apesar dos resultados encontrados, estudos futuros podem utilizar instrumentos de avaliação diagnóstica para saúde mental, a partir de um delineamento de linha de base múltipla entre participantes e com pais e mães participando em conjunto, a fim de observar os efeitos da coparentalidade sobre as práticas parentais e saúde mental.

Palavras chave: Habilidades Sociais Educativas Parentais; Orientação Parental; Transtorno do Espectro Autista; Parentalidade.

Abstract

Autism Spectrum Disorder is characterized by deficits in communication and social interaction, as well as restricted and repetitive patterns of behavior. Preschool-aged autistic children, particularly males, tend to present a higher number of externalizing behavior problems, causing impairment to themselves and to the environments in which they live. These characteristics, along with other factors that influence the parenting of children with autism, directly affect caregivers' mental health indicators and parenting practices. Therefore, parent training programs are recommended to improve parenting skills, reduce coercive practices, and promote mental health. The present study used the Promove-Pais program and adapted bibliotherapy for caregivers of autistic children with support level 1, aiming to describe the effects of the intervention on parental educational social skills and the mental health of these caregivers in an online format. The study used a single-subject design with four participants, who were divided into two pairs. Pair one consisted of a couple (one man and one woman), and pair two consisted of two mothers, matched by convenience sampling. Screening and baseline assessments were conducted prior to the intervention, followed by one post-intervention assessment and two follow-up assessments (after 3 and 6 months). The implementation results indicate clinically significant changes in parental educational social skills and clinically significant reductions in negative parenting practices. Regarding mental health, the results appear inconclusive. The present study demonstrates that Promove-Pais, as a parent training program, promoted the development of parental educational social skills repertoires among caregivers of children with ASD support level 1, which appear to be functionally equivalent to the use of negative practices, thereby reducing them. Despite the findings, future studies may use diagnostic assessment instruments for mental health, employing a multiple baseline design across participants and including fathers and mothers participating together, in order to investigate the effects of coparenting on parenting practices and mental health.

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

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits na comunicação, interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. Os sintomas estão presentes precocemente no início da primeira infância e causam prejuízo significativo para o indivíduo em aspectos sociais, profissionais e acadêmicos (American Psychological Association [APA], 2013). É observada uma ampla gama de comportamentos entre as pessoas que estão no espectro autista, e a partir dessa diferença, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013) caracteriza o transtorno em três níveis de suporte: nível 1, 2 e 3. Os níveis consideram o repertório do indivíduo a partir das suas habilidades de comunicação, interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento.

Para Li et al. (2020), crianças autistas podem necessitar de maior suporte parental para garantir seu desenvolvimento, beneficiando-se de oportunidades de aprendizagem mediadas pela escuta e observação dos seus responsáveis. Assim, torna-se evidente a importância do ambiente social nesse processo. Diante dessa influência, pesquisadores têm caracterizado os comportamentos parentais e descrito seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil (Lawrenz et al., 2020).

Três constructos estão presentes para essa caracterização: estilos parentais, práticas parentais e habilidades sociais educativas parentais (Lawrenz et al., 2020). Os estilos parentais englobam um conjunto mais amplo de comportamentos que permeiam a relação entre pais e filhos, sendo tradicionalmente classificados a partir das dimensões de responsividade[5] e exigência[6] (Maccoby & Martin, 1983). As práticas parentais correspondem a comportamentos emitidos pelos responsáveis em situações de interação com a criança que têm como objetivo garantir a emissão de comportamentos específicos pela criança. Podem ser classificadas como indutivas[7] ou coercitivas[8] (Hoffman, 1975). Por fim, as habilidades sociais educativas parentais referem-se a um repertório de comportamentos sociais intencionalmente voltados à promoção do desenvolvimento infantil e de respostas específicas que devem ser emitidas pelas crianças, muitas vezes desejadas pelos cuidadores (Lawrenz et al., 2020). Incluem respostas de comunicação, expressão de afeto, estabelecimento de limites e manejo de comportamentos, que podem estar presentes ou ausentes no

[5] No presente estudo, os termos serão compreendidos a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. A responsividade engloba uma classe de respostas parentais que são contingentes ao comportamento da criança, pois são sensíveis a essas respostas, e que operam enquanto estímulos reforçadores à respostas de comunicação, expressão de opiniões e tomada de decisão das crianças.

[6] Exigência trata-se de uma classe de respostas parentais relacionadas ao estabelecimento de regras, monitoramento do comportamento infantil e aplicação consistente de reforçamento diferencial aos comportamentos infantis, que favorecem aquisição e manutenção de comportamentos socialmente adequados.

[7] Pais que descrevem contingências, sinalizam os efeitos do comportamento e utilizam consequências reforçadoras para aumentar a frequência do seguimento de regras e comportamentos socialmente habilidosos pelas crianças.

[8] Pais que utilizam do controle aversivo. Assim, comportamentos infantis (esperados pelos pais) ocorrem para fugir ou se esquivar de estímulos aversivos.

repertório comportamental dos pais, e a falta desse repertório pode levar os cuidadores a utilizarem práticas punitivas com seus filhos (Lawrenz et al., 2020). De modo geral, observa-se que, independentemente do constructo adotado, estilos parentais autoritativos, práticas positivas e a presença de habilidades sociais educativas parentais estão associados ao aumento da frequência de comportamentos socialmente habilidosos nas crianças, bem como à redução de comportamentos problema.

Gau et al. (2010), Maljaars et al. (2014) e Baker et al. (2020) observam que práticas parentais de responsáveis por crianças com autismo são marcadas por comportamentos de pouco afeto, proteção excessiva e controle autoritário, que incluem punições e críticas à criança. Os filhos, por sua vez, apresentam problemas de comportamento externalizantes e internalizantes. Corroborando com esses autores, Lin et al. (2023) também afirmam que as práticas parentais de responsáveis por crianças autistas apresentam menos afeto, mas diferem ao descrever que são menos coercitivas em comparação às práticas de pais de crianças típicas.

As demandas de cuidado exigidas aos pais de crianças autistas requerem que os mesmos se organizem para dividir as responsabilidades de forma equitativa, caracterizando o exercício da coparentalidade (Maciel-Portes et al., 2022). Nesse contexto, a coparentalidade tende a ser mais complexa quando comparada à de pais de crianças com desenvolvimento típico, em função a essas demandas adicionais de cuidado (Downes & Cappe, 2021).

Yesilkaya e Magallón-Nery (2024), Schnabel et al. (2020), Padden e James (2017) indicam que pais de crianças autistas apresentam indicadores mais elevados de ansiedade, depressão, estresse e de outras psicopatologias quando comparados a pais de crianças com desenvolvimento típico, mesmo a pais de crianças nível de suporte 1, na faixa etária entre um a cinco anos (Mostarda et al., 2024). Além da complexidade do cuidado, outros fatores podem explicar a presença de sintomas depressivos e ansiosos nesses cuidadores, como histórico psiquiátrico (Albuquerque & Leite, 2023; Kliemann et al., 2017), a dificuldade em aceitar o diagnóstico (Schmidt & Bosa, 2007), possuir responsabilidade unilateral pelo cuidado da criança (Schmidt & Bosa, 2007), a severidade dos sintomas do TEA (Rivard et al., 2014) e presença de comportamentos internalizantes e externalizantes no repertório comportamental infantil (Rivard et al., 2014; Yorke et al., 2018).

Os indicadores de ansiedade e depressão podem comprometer a capacidade dos pais de lidar com as demandas da parentalidade (Yorke et al., 2018). Quanto mais prejudicada a saúde mental dos responsáveis, maiores serão os problemas de comportamento da criança, além de uma percepção mais negativa destes comportamentos pelos responsáveis em comparação a percepção de pais sem prejuízos em sua saúde mental (para uma revisão sistemática e de meta-análise, ver Yorke et al., 2018; Najman et al., 2020).

Na revisão de literatura de Chaim et al. (2019), 61% dos estudos indicaram que intervenções precoces e apropriadas, direcionadas à família (incluindo suporte para pais/cuidadores), podem trazer ganhos na qualidade de vida de todos os seus membros. Entretanto, na meta análise de MacKenzie e Eack (2022), embora intervenções com pais tenham demonstrado grande eficácia no desenvolvimento de habilidades parentais, apresentam impactos modestos sobre a saúde mental. O mesmo foi observado por Yu et al. (2019). Intervenções específicas para redução de depressão e ansiedade apresentam resultados mais promissores quando incluem intervenções baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso, como observado na revisão de Li et al. (2024) e na meta-análise de Merriman et al. (2020).

Dentre as intervenções direcionadas à família, temos o "parent training". Na literatura sobre intervenções infantis, "parent training" é frequentemente utilizado como sinônimo de orientação parental (Bearss et al., 2015) e como uma intervenção baseada em evidências para pais de crianças e adolescentes que apresentam comportamentos problema (Bearss et al., 2015). Neste estudo, o termo orientação parental será adotado para se referir a uma prática interventiva na qual pais e terapeuta compartilham informações sobre o desenvolvimento infantil e práticas educativas, por meio de uma relação horizontal e colaborativa. Porém, quando for necessário citar autores que estudam este tema, serão preservadas as terminologias originais utilizadas.

A trajetória histórica da orientação parental inicia-se entre os anos de 1960 e 1970, período em que os pais (como mediadores) e terapeutas (como consultores) tinham como objetivo a redução de comportamento problema infantis. Estes, utilizavam o modelo de condicionamento operante e os procedimentos de reforçamento e punição. Embora os resultados esperados fossem observados, havia limitações em relação à generalização (Bolsoni-Silva et al., 2017). Com isso, houve uma preocupação para garantir a generalização e a validade social das intervenções através da inserção de novas tecnologias e na ampliação da intervenção à outras pessoas, como pais e professores, através de intervenções combinadas (Bolsoni-Silva et al., 2017).

Desde então, programas manualizados foram desenvolvidos e sustentados empiricamente. Entende-se que manuais fornecem diretrizes que, quando seguidas, aumentam a probabilidade de replicação dos resultados obtidos por aquele que formulou o manual (Zettle, 2020). Nesse sentido, um bom manual descreve procedimentos e regras para a implementação da intervenção, enquanto um bom clínico deverá estar sob controle dessas regras e, também, do sujeito que está em intervenção (Zettle, 2020). Dentre os programas, destacam-se o *Incredible Years* (Webster-Stratton & Reid, 2004), Positive Parent Program (Triple P; Sanders et al., 2011; Sanders et al., 2014); Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF; Weber et al., 2018) e o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018).

O programa Triple P apresenta eficácia no desenvolvimento de práticas parentais positivas, na promoção da saúde mental dos pais e redução de comportamentos problema das crianças (Sanders et al., 2014). De modo semelhante, o programa *Incredible Years* (Webster-Stratton & Reid, 2004), têm demonstrado eficácia no desenvolvimento de práticas parentais positivas, no aumento da confiança dos pais em seus comportamentos de cuidado e na redução de problemas de comportamento infantil. Adicionalmente, observam-se redução de práticas negativas/coercitivas, aumento do número de elogios dos pais aos filhos e maior monitoria[9] dos comportamentos infantis. Contudo, diferente do que é observado no *Triple P*, não há evidências de melhora sobre a saúde mental dos pais ao término do *Incredible Years* (ver Arruabarrena, 2022 para uma revisão de literatura; Leijten et al., 2018; Masiran, 2022; Webster-Stratton, 2020).

Já no contexto nacional, tanto o PQIF quanto o Promove-Pais fundamentam-se nos princípios da Análise do Comportamento, e tem como objetivo a modificação de contingências ambientais (i.e.: com foco nas práticas parentais) para produzir mudanças nos comportamentos das crianças. O PQIF é estruturado em oito encontros e aborda temas como regras, limites, afeto, uso de reforçamento e punição (Weber et al., 2018). As sessões incluem atividades práticas, tarefas de casa e materiais didáticos para acompanhamento. O PQIF apresenta evidências de eficácia sobre à modificação de práticas parentais a partir da promoção de interações positivas entre pais e filhos, maior discriminação dos comportamentos parentais e das funções comportamento parental e infantil (Weber et al., 2018). Por sua vez, o Promove-Pais apresenta uma estrutura que conta com 14 temas pré-estabelecidos e 1 tema livre, que é determinado pelos participantes da intervenção (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018). Através de tarefas de casa, discussões e prática das habilidades, visa promover práticas educativas parentais positivas através de análises funcionais individualizadas dos comportamentos alvo e do uso de técnicas comportamentais, como role-playing, modelagem, modelação, exercícios de discussão, reforçamento diferencial de comportamentos-alvo e outros (Bolsoni-Silva et al., 2008a). Apresenta, enquanto eficácia, melhora nas habilidades sociais educativas parentais, redução de comportamentos problema e aumento nas habilidades sociais infantis.

Outras intervenções utilizando programas de orientação parental, com o objetivo de desenvolver práticas parentais positivas e melhorar o quadro clínico dos pais, são descritas na literatura. Descreveremos a seguir um estudo realizado a partir do Programa de Orientação para Familiares de Filhos com TEA (POFF-TEA; Souza, 2023).

Souza (2023) realizou a aplicação remota do POFF-TEA sobre as práticas parentais para famílias de pessoas com TEA. O programa foi realizado ao longo de onze encontros, com duração

[9] Em termos analíticos-comportamentais, a monitoria positiva pode ser entendida como um repertório parental de observação, discriminação e respostas contingentes aos comportamentos infantis.

de uma hora e trinta minutos. As sessões tinham enquanto estrutura a discussão de situações trazidas pelos familiares, vivências para promoção de habilidades sociais educativas parentais, role-playing desses repertórios e problematização de autorregras relacionadas às competências parentais. Enquanto resultado, observou-se o aumento das práticas parentais positivas, bem como a redução de práticas negativas. Porém, a autora descreve, enquanto limitação do estudo, a ausência de avaliações de seguimento de seis meses e participantes provenientes do mesmo local (i.e., atendimento educacional especializado).

Observa-se também intervenções em grupo, como aquelas feitas por Bolsoni-Silva et al. (2008b), Bolsoni-Silva et al. (2012) e Silva (2016).

Silva (2016), realizou um programa psicoeducativo parental para manejo de comportamento de crianças autistas em uma intervenção presencial em grupo de oito cuidadores, e avaliou os efeitos sobre as práticas parentais. Foram conduzidos oito encontros, com duração de três horas. Eles eram compostos por momentos teóricos e práticos, com o objetivo instruir os pais sobre comportamentos operantes e respondentes, punição, extinção, reforço diferencial, avaliação funcional e outros. Enquanto resultado, observou-se diferenças estatisticamente significativas para o aumento dos escores de monitoria positiva e redução para disciplina relaxada[10] durante as fases de pré- e pós-intervenção. A autora sugere que pesquisas futuras permitam que os participantes tenham acesso a serviços de saúde mental da rede pública, já que essa ação não foi prevista no programa, sendo necessário para pais de crianças autistas, tendo em vista as demandas de cuidado relacionadas à parentalidade atípica.

Bolsoni-Silva et al. (2008b) realizou um procedimento de intervenção com três responsáveis por crianças pré-escolares para promoção de habilidades sociais educativas. O delineamento experimental foi de sujeito único, e utilizou-se de comparações entre avaliação controle (dois meses antes da intervenção iniciar), pré-teste e pós-teste. Foram realizados 14 encontros, com duração entre uma hora e meia e duas horas, abordando temas como manter conversas, expressar sentimentos e solicitar mudança de comportamento. Para avaliação foi utilizado o RE-HSE-P, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e o *Child Behavior Checklist* (CBCL). Os resultados obtidos pós-intervenção demonstraram o desenvolvimento de repertórios de comunicação, expressividade e estabelecimento de limites. Enquanto limitação, os autores descrevem uma pequena amostra e a falta de avaliações de seguimento para checar a permanência dos ganhos.

Posteriormente, Bolsoni-Silva et al. (2012) buscaram promover melhores interações entre pais e filhos por meio de um treinamento de habilidades sociais educativas parentais. Entre os grupos, o procedimento diferiu em relação à frequência de administração: o primeiro grupo

[10] Disciplina relaxada envolve a evitação em colocar limites e estabelecer contingências para comportamentos inadequados e anti-sociais.

participou dos encontros uma vez por semana, enquanto o segundo participou duas vezes por semana. Ressalta-se que as autoras buscaram comparar os procedimentos e verificar qual deles seria mais efetivo para o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais nos responsáveis. Como resultado, observou-se que o primeiro grupo apresentou maior aumento nas habilidades sociais educativas dos pais, enquanto o segundo apresentou maior redução nas práticas educativas negativas. Entre as lacunas do estudo, destaca-se a heterogeneidade da amostra, que apresentava características distintas entre os participantes, como idade e escolaridade.

Como exposto, temos que os programas de intervenção sobre orientação parental já foram aplicados de maneira presencial, remota, em grupo e individualmente. Apresentamos, então, aplicações recentes realizadas com o Promove-Pais, de maneira remota e presencial, com pais de crianças atípicas (Grassi, 2025; Oliveira, 2025), e típicas, como realizado por (Silva, 2022).

Grassi (2025) e Oliveira (2025) utilizaram o programa Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) com uma biblioterapia adaptada[11] (Oliveira et al., 2014). Ambas realizaram intervenções ao longo de quinze sessões, e utilizaram o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P), o Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (QRSH-Pais), *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) e *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Grassi (2025), realizou a intervenção de maneira remota e individual, com uma mãe de uma criança autista nível de suporte 2. Em seus resultados, observou um aumento nas práticas positivas, redução das práticas negativas e melhora na saúde mental materna. A autora sugere que novas intervenções sejam realizadas com pais de crianças autistas de nível de suporte 1 e 3, para verificar os efeitos do programa. Enquanto isso, Oliveira (2025), de maneira presencial e individualmente com três famílias (duas mães e um casal), observou mudanças clinicamente significativas em suas práticas parentais positivas.

Por sua vez, Silva (2022) realizou uma intervenção combinada utilizando o Promove-Pais (Bolsoni-Silva et al., 2018) e o Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016) sobre o status sociométrico de rejeição e a estrutura de rede social de crianças autistas escolares. A autora avaliou as práticas parentais em um momento pré-intervenção com o RE-HSE-P. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada para avaliar o status sociométrico das crianças. Em relação aos resultados, observou-se mudança no status de três de duas crianças, mas não foi realizada uma reavaliação das práticas parentais com o RE-HSE-P. A autora sugere que a realização do programa por meio remoto

[11]A biblioterapia adaptada refere-se ao livro *Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática*, desenvolvido por Oliveira (2025) como produto de sua tese de doutorado. A adaptação feita pela autora refere-se à inserção e adequação de conteúdos relacionados às especificidades do TEA, especialmente comunicação, interação social, repertórios comportamentais, manejo de comportamentos-problema e estratégias de ensino e reforçamento, considerando as demandas dos responsáveis e das crianças participantes.

e em formato grupal prejudicou a adesão dos participantes, e que um instrumento para avaliação de práticas parentais deve ser utilizado nas etapas de pós teste e seguimento.

Apesar do exposto pela autora, intervenções via *telessaúde*[12] têm sido apontadas enquanto alternativa para ampliar o acesso aos serviços em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) (Antill, 2020; Ferreira et al., 2016). Embora a ABA seja considerada uma prática eficaz para para indivíduos autistas, seu acesso acaba sendo frequentemente limitado, seja pela escassez de profissionais capacitados para atuação, seja pela necessidade de intensidade e duração da intervenção, que encarece os custos ao seu acesso. Assim, muitas famílias enfrentam dificuldades para utilizar esse serviço, sendo a modalidade de telessaúde a única forma de acesso a essa intervenção (Carneiro et al., 2020). Diante desse contexto, intervenções implementadas à cuidadores através da telessaúde têm sido propostas alternativas e promissoras para que usufruam desta intervenção a partir de uma redução de custos (Leaf et al., 2017). Após a pandemia da COVID-19, foi observado um aumento de orientações parentais de maneira remota, e a revisão de literatura de Sullivan et al. (2021) apontou a efetividade desses programas e a necessidade de pesquisas adicionais. Essa transição permitiu que os cuidadores, anteriormente desassistidos, conseguissem equilibrar seu trabalho com os cuidados infantis em tempo integral, enquanto eram atendidos de maneira remota e econômica (Gurwitch et al., 2020; Sullivan et al., 2021). Ressalta-se que obstáculos relacionados à telessaúde são encontrados, como a necessidade do participante possuir equipamentos adequados para realizar a videoconferência e acesso a internet (Sullivan et al., 2021).

Independente da modalidade, terapeutas que realizam intervenções, seja de maneira remota ou presencial, relatam dificuldade na adesão ou a falta de resultados nas orientações parentais enquanto reflexo de variáveis relacionadas à interação terapêutica (i.e, dificuldade para engajar os pais as orientações; discordância com o terapeuta; comportamentos punitivos do mesmo; falta de habilidades para aplicar as estratégias e tratamentos não adequados para o cliente) (Hawes & Dadds, 2021; Naito & Teixeira, 2025). Para Zamignani e Meyer (2011), alguns comportamentos são necessários para aumentar a qualidade da relação terapêutica e devem estar em terapias analítico-comportamentais. Dentre esses, estão: solicitação de relato; facilitação do relato do cliente; demonstração de empatia; apresentação de informação; solicitação de reflexão e a recomendação de execução de ações, como tarefas.

É observado que tarefas de casa acompanham intervenções em grupo com pais de crianças e adolescentes, seja com o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), o PQIF (Weber et al., 2018) ou outras intervenções para pais (como o Grupo de Orientação Parental [GOF]; Quitério et

[12] Telessaúde trata-se do uso de tecnologias de telecomunicação (i.e.: internet, videoconferência e outros) para apoiar e promover o cuidado clínico à saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o serviço de telessaúde inclui teleconsultas, telediagnóstico, teleeducação, e faz parte de programas de saúde vinculados ao SUS.

al., 2021). Clark et al. (2015) e Danko et al. (2016) demonstram que os pais que se envolvem na execução de tarefas têm maior aproveitamento, satisfação e melhores resultados com a intervenção. E para Camelo et al. (2024), a tarefa permite analisar a assiduidade dos participantes, suas dificuldades em realizar as atividades e a participação ativa na intervenção.

Diante disso, o presente estudo propõe-se a realizar uma intervenção remota com dois grupos: um composto por mães e outro contendo uma mãe e um pai, todos responsáveis por crianças autistas nível de suporte 1, em idade pré-escolar. O objetivo é avaliar os efeitos de uma orientação parental utilizando o Promove-Pais, associado à biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática", utilizando avaliações nos momentos pré, pós-intervenção e seguimento. Pretende-se verificar a efetividade dessa intervenção on-line e quais são os efeitos sobre as habilidades sociais educativas parentais e práticas negativas. Posteriormente, verificar se as mudanças nas práticas parentais, caso identificadas, influenciam os indicadores de saúde mental dos responsáveis. Além disso, pretende-se identificar a frequência e o desempenho dos participantes na realização das tarefas de casa, propostas pelo programa.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever os efeitos da aplicação do Promove-Pais e biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista – TEA: Teoria e Prática", na modalidade on-line, sobre duas variáveis dependentes: habilidades sociais educativas parentais (variável dependente primária) e saúde mental (variável dependente secundária) de responsáveis por crianças autistas com nível de suporte 1.

Objetivos específicos

Análise processual:

a) Avaliar qualitativamente a satisfação dos responsáveis sobre a intervenção;
b) Avaliar a qualidade das tarefas de casa entregues pelos responsáveis durante a intervenção;

Variável dependente primária:

c) Descrever os efeitos do Promove-Pais nas habilidades sociais educativas parentais após a aplicação do Promove-Pais;
d) Descrever os efeitos do Promove-Pais sobre as práticas parentais negativas após a aplicação do Promove-Pais;

Variável dependente secundária:

e) Descrever os efeitos do Promove-Pais sobre os sintomas ansiosos dos responsáveis.

f) Descrever os efeitos do Promove-Pais sobre os sintomas depressivos dos responsáveis.

MÉTODO

Aspectos Éticos

Esta intervenção envolveu participantes humanos e seguiu os padrões éticos conforme resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo ético e participação voluntária dos participantes.

Os participantes do presente estudo consentiram com a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice A). O TCLE descreve os cuidados e aspectos éticos da pesquisa, considerando os objetivos e etapas da pesquisa, os contatos da pesquisadora e solicitado a autorização do uso de dados para fins científicos.

Os nomes e informações que pudessem identificá-los foram ocultados, devido ao sigilo. A pesquisa descrita foi aprovada e está em conformidade com as normas éticas do Comitê de Ética da UNESP - Campus Bauru, com aprovação registrada sob o CAAE: 78151424.8.0000.5398.

Delineamento

A investigação utilizou-se do delineamento de sujeito único. Este delineamento avalia o efeito da introdução da variável independente por meio da análise do repertório do participante. Essa avaliação ocorre a partir da comparação entre os dados coletados no período pré-intervenção e aqueles obtidos nas sessões pós-intervenção (Cozby, 2003). Apresenta natureza aplicada, objetivo descritivo e abordagem quantitativa. O delineamento da presente pesquisa está caracterizado na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização do delineamento

Participantes				**Procedimento**			
D1	S1	S2	Pré	AI	Pós	FU3	FU6
D2	S1	S2	Pré	AI	Pós	FU3	FU6

Nota. D1 = dupla 1; D2 = dupla 2; S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses; linha tracejada = intervenção.

Participantes

Participaram deste estudo 4 responsáveis de crianças autistas de nível de suporte 1 em idade pré-escolar. Os participantes foram nomeados pelas siglas: MC1, PC1, MC2 e MC3. MC1 e PC1 são casados e são pais de um menino autista de 4 anos de idade. MC2 é casada e mãe de um menino autista de 4 anos. MC3 também é casada, e mãe de um menino autista de 5 anos. Apenas MC1 e PC1 residem na mesma cidade, no interior do estado de São Paulo. MC2 reside em São Paulo (capital) e MC3 no interior do estado de Santa Catarina. A Tabela 2 caracteriza os participantes.

Tabela 2

Caracterização dos participantes

Dupla	Participante	Idade	Profissão	Estado Civil	Participou de orientação parental nos últimos 6 meses?
1 (D1)	MC1	34 anos	Analista de Sistemas	Casada	Não
	PC1	38 anos	Contador	Casado	Não
2 (D2)	MC2	40 anos	Professora	Casada	Não
	MC3	33 anos	Fisioterapeuta	Casada	Não

Nota. D1 = dupla 1; D2 = dupla 2;

Percurso amostral

Após divulgação do estudo, dos 36 responsáveis que demonstraram interesse, 8 (22,2%) estavam de acordo com o critério de inclusão e seus filhos eram classificados enquanto crianças autistas de nível 1 de suporte, a partir do Social Responsiveness Scale (SRS-2) (Borges, 2023). Os 8 participantes foram divididos em duplas, a partir da disponibilidade de horário para os encontros. Foram formadas 4 duplas, sendo que cada encontro ocorria em dias e horários diferentes. Destes, 2 duplas (Dupla 1 e Dupla 2) participaram de todos os encontros e responderam a avaliação pós intervenção, avaliação de *follow-up* de 3 meses e 6 meses. As outras duas duplas (Dupla 3 e Dupla 4) foram desfeitas. Isso aconteceu, pois dois participantes, MC4[13] e MC6[14], solicitaram o encerramento das suas participações.

Após as desistências, as intervenções com os participantes remanescentes das Duplas 3 e 4 foram mantidas de forma individual. Dado que o objetivo do estudo foi investigar os efeitos do programa Promove-Pais e biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática" em grupo, os dados

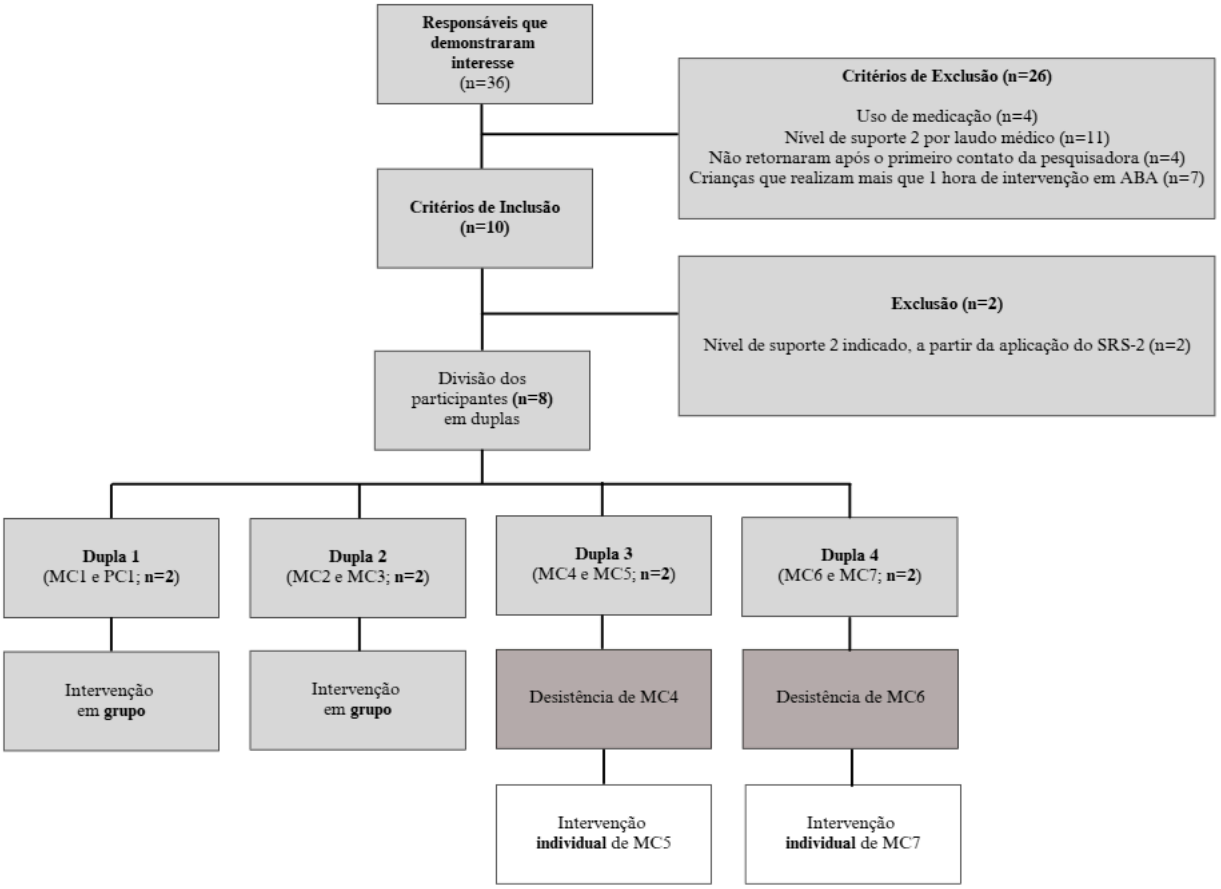
13 MC4 enfrentou um problema de saúde e precisou ser internada em uma unidade de tratamento intensivo. Em função dessa situação, ela solicitou o encerramento de sua participação.

14 MC6 assumiu o cuidado do marido, que sofreu um acidente de trabalho, e, devido à falta de tempo disponível para participar de todas as atividades, também solicitou o término de sua participação.

provenientes das intervenções conduzidas individualmente não foram incluídos na análise deste estudo, uma vez que não atenderam aos objetivos previamente definidos. A Figura 1 apresenta o percurso amostral.

Figura 1

Percurso amostral do estudo



Materiais

Foi utilizado um notebook com câmera para registros digitais. Para o Treinamento de Habilidades Sociais Educativas Parentais, foi utilizado o programa Promove-Pais, de Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), em conjunto com a biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA" - Teoria e Prática (Oliveira et al., 2024).

Instrumentos

A Tabela 3 descreve quais instrumentos foram utilizados, em qual etapa do delineamento foram aplicados e quais as variáveis de interesse em avaliação. Em seguida, dados psicométricos e outras informações são apresentadas para cada instrumento.

Tabela 3

Instrumentos utilizados de acordo com as etapas do delineamento e variáveis de interesse

		Etapa do Delineamento							
Variável de interesse	**Instrumentos**[15]	Seleção	S1	S2	Pré	AI	Pós	SEG 3	SEG 6
Nível de suporte	Escala de Responsividade Social (SRS-2; Constantino & Gruber, 2020)	X							
Saúde mental	Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; Spitzer et al., 2006 em versão brasileira)		X		X	X	X	X	X
	Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001 em versão brasileira)		X		X	X	X	X	X
Habilidades Sociais Educativas Parentais	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Bolsoni-Silva, Oliveira & Loureiro, 2024).				X		X	X	X
	Checklist de Habilidades Sociais Educativas Parentais e de Práticas Negativas (Bolsoni-Silva; Loureiro, em etapa de validação)		X	X	X	X	X	X	X
Qualidade do programa	Formulário Google: Avaliação do programa						X		
Satisfação dos participantes	Avaliação da sessão								
Qualidade das tarefas de casa	Protocolo de acompanhamento de tarefa de casa (Santana et al., 2022)								

Nota. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de seis meses; linha pontilhada = indica que a avaliação foi realizada durante a intervenção.

Para seleção dos participantes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão:

Escala de Responsividade Social (SRS-2; Constantino & Gruber, 2020)

O SRS-2 tria e mensura a sintomatologia do Transtorno do Espectro Autista e classifica o nível de suporte da criança. São mensurados 65 itens de maneira quantitativa em relação ao comprometimento da consciência social, cognição social, comunicação social, motivação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos. A pontuação é realizada a partir de uma escala que varia entre "1" (não é verdade) a "4" (quase sempre é verdade). O instrumento apresenta boa

[15] Alguns instrumentos foram repetidos durante as sondagens, a pré-intervenção, avaliação intermediária, pós-intervenção e *follow-up*. Outros não foram aplicados em todas as sondas, como o *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) e *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) de acordo com a orientação dos autores (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006).

consistência interna, com Alfa de Cronbach de 0,952 (Barbosa et al., 2015). A escala utilizada foi a de adaptação para a população brasileira por Borges (2023).

Para avaliar a saúde mental dos responsáveis:

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; Spitzer et al., 2006 em sua versão brasileira)

Trata-se de uma escala unifatorial, breve e de autorrelato. A GAD-7 mensura a frequência da sintomatologia ansiosa de homens e mulheres nas duas últimas semanas. É composta por sete itens, que podem ser pontuados de 0 a 3, totalizando um escore total de 21 pontos. O nível de ansiedade é classificado como mínimo (0-4 pontos), leve (5-9 pontos), moderado (10-14 pontos) e severo (15-21 pontos). A escala apresenta evidências de validade e fidedignidade, com Alfa de Cronbach igual a 0,91 (Moreno et al., 2016; Santos Silva et al., 2023).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001 em sua versão brasileira)

Trata-se de uma escala unifatorial, breve e de autorrelato. O PHQ-9 mensura sintomas depressivos de homens e mulheres. Possui nove itens, que podem ser pontuados de 0 a 3, totalizando um escore máximo de 27 pontos. Acima de 10 pontos indica depressão. Possui coeficiente de fidedignidade (Lambda2= 0,79) (Bergerot et al., 2014) e de consistência interna satisfatória (Alfa de Cronbach= 0,90; Santos Silva et al., 2023).

Para avaliar habilidades sociais educativas parentais:

Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Bolsoni-Silva, Oliveira & Loureiro, 2024).

Neste estudo, o RE-HSE-P foi utilizado para avaliar habilidades sociais educativas parentais/práticas positivas, práticas negativas e suas variáveis antecedentes e mantenedoras, e permite identificar a frequência que essas respostas são emitidas e a variabilidade topográfica das mesmas. Além disso, o RE-HSE-P permite identificar a relação estabelecida entre o comportamento dos pais e problemas de comportamento de crianças escolares e pré-escolares, permitindo uma avaliação funcional do comportamento.

O instrumento é composto por dois fatores: o primeiro fator inclui as habilidades sociais educativas, habilidades sociais infantis e variáveis contextuais, e o segundo fator é composto por práticas negativas e problemas de comportamento. Escores clínicos no primeiro fator indicam que há uma baixa variabilidade/frequência dos comportamentos avaliados. Enquanto escores clínicos no segundo fator indicam alta variabilidade/frequência.

Apresenta evidência de confiabilidade psicométrica, com Alfa de Cronbach igual a 0,846 e validação psicométrica (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2010). Em estudos recentes (Bolsoni-Silva et al., 2024), observou-se 0,71 para consistência interna do Fator 1 e 0,72 para consistência interna do Fator 2.

Checklist de Habilidades Sociais Educativas e de Práticas Negativas (Checklist HSE-PN Bolsoni-Silva; Loureiro, em etapa de validação).

Elaborada a partir do RE-HSE-P, apresenta 68 itens envolvendo comportamentos evocados na relação entre responsáveis e crianças. O instrumento, de autorrelato e em fase de publicação, apresenta dois fatores: Comunicação/Afeto (primeiro fator) e Limites (positivos e negativos; segundo fator). Comportamentos parentais relacionados à comunicação englobam classes de respostas de fazer perguntas, iniciar conversas, ouvir atentamente o filho. Comportamentos relacionados ao afeto relacionam-se com a forma de expressar sentimentos positivos, negativos e opiniões, demonstrar carinho e brincar. Por fim, comportamentos que buscam estabelecer limites estão relacionados ao estabelecimento e cumprimento de regras/combinados, através de comportamentos verbais e não verbais, que buscam obter comportamentos considerados adequados das crianças. Os limites podem ser considerados positivos (relacionados com respostas parentais que buscam negociar, conversar, estabelecer regras e solicitar mudança de comportamento) e negativos (que utiliza-se de práticas de agressão física, verbal, ameaça, castigo/privação e coação física e inconsistência nas regras/combinados). A pontuação acontece em uma escala likert de três pontos: frequentemente (se ocorre em 5 ou mais dias de uma semana), algumas vezes (2 a 4 dias em uma semana) e quase nunca/nunca (se ocorre uma vez em uma semana ou se não ocorre).

Para avaliar a intervenção:

Formulário Google: Avaliação do programa (elaborada pelas autoras; Apêndice E)

Para avaliar qualitativamente o programa, foi confeccionado um formulário *Google*, com perguntas para analisar a percepção dos responsáveis sobre o processo de intervenção. O registro qualitativo foi realizado durante a avaliação pós-intervenção.

Para avaliar as tarefas de casa:

Protocolo de acompanhamento de tarefas de casa (Santana et al., 2022)

Para quantificar os registros de comportamento extra sessão, relacionados às tarefas de casa solicitadas pelo programa Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), foi utilizado o Protocolo

de acompanhamento de tarefas de casa (Santana et al., 2022). O protocolo avalia: a. Execução (os dados registrados são antigos, sem nova exposição; a tarefa foi realizada parcialmente ou adequadamente; a tarefa não foi entregue); b. Entrega (a tarefa foi entregue no prazo ou com atraso); c. Aplicação do comportamento/habilidade ensinada (se o comportamento discutido e treinado em sessão foi aplicado na vida do sujeito e relatado na tarefa); d. Descrição das situações antecedentes envolvidas no contexto das tarefas (se o participante descreveu o contexto no qual a tarefa foi realizada); e. Descrição das consequências reforçadoras (a tarefa permite observar consequências positivas de sua execução), e f. Necessidade de treino adicional[16]. Com base na qualidade da tarefa, é possível verificar se há necessidade de apoio ao participante para desenvolver o repertório esperado, seja por escrito, por feedback verbal ou através de um roleplay, na sessão vigente à entrega das tarefas ou nas próximas sessões. Ao item "a" é atribuído o valor 0 para "Não fez", 1 para "Registrou dados antigos (sem nova exposição)"; 2 para "Fez parcialmente (somente parte da tarefa)" e 3 para "Fez adequadamente (todas as partes da tarefa)". Aos itens "b" a "f" foram atribuídos os valores 2 para "sim", 1 para "parcialmente" e 0 para "não".

Para avaliar a satisfação dos participantes ao término de cada encontro:

Avaliação de Satisfação

A avaliação de satisfação dos responsáveis foi realizada ao término de cada encontro, conforme sugerido pelo programa Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018). No presente estudo, o instrumento utilizado compõe o livro "Práticas Educativas a Responsáveis por Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista" (Oliveira et al., 2025). Trata-se de uma escala Likert de três pontos, na qual os participantes avaliavam seu nível de satisfação em relação ao encontro, tema e à tarefa proposta, por meio das seguintes opções de resposta: "satisfeito", "indiferente" ou "insatisfeito". A avaliação foi respondida na presença da pesquisadora.

Avaliação e Formulação de Caso

Para determinação dos objetivos comportamentais de cada participante, foi realizada uma formulação de caso (Goldiamond, 1974/2002; Fonseca & Nery, 2018; Sturmey, 2022; Santana et al., em preparação). A formulação de caso integra informações sobre história de vida do cliente por meio de análises funcionais (i.e., relações causais entre eventos) dos comportamentos problema e considera também a interdependência entre essas respostas e outras presentes no repertório do cliente (Goldiamond, 1974/2002; Torós, 1977). Haynes et al. (2020) e Layng et al. (2022) indicam

[16] O termo "treino" será mantido quando estiver sendo citado enquanto um critério avaliativo do Protocolo de acompanhamento de tarefas de casa (Santana et al., 2022).

que formulações eficazes devem considerar análises funcionais não lineares, que possibilitam identificar variáveis presentes em outros contextos que contribuem para manutenção do padrão queixoso.

A formulação de caso também conta com a identificação de fatores históricos e atuais relacionados à ocorrência e manutenção dos comportamentos problema. Com essas informações, o terapeuta levanta hipóteses diagnósticas e realiza um diagnóstico comportamental. Este, orientará objetivos terapêuticos e a intervenção (Torós, 1977).

A avaliação e formulação de caso que embasa a intervenção descrita por essa pesquisa seguiu o que é indicado pelo guia teórico e prático Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), com influências de Skinner (1953/2003) e Goldiamond (1974/2002). Os participantes foram convidados a participar de uma entrevista semi-estruturada para a coleta de dados gerais, queixas e demandas, histórico familiar, médico-psicológico, social e afetivo dos responsáveis (para conferência das perguntas realizadas, conferir em Fonseca & Nery, 2018). Em seguida, foi aplicado o RE-HSE-P para avaliar a interação social estabelecida entre pais e filhos. Para finalizar, duas escalas foram utilizadas para avaliar problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: SDQ e QRSH-Pais, respectivamente. Com as informações, objetivos comportamentais para os pais, considerando a relação deles com os filhos, foram traçados e estão expostos na Tabela 4.

Tabela 4

Objetivos terapêuticos estabelecidos aos participantes

Duplas	Participante	Objetivos terapêuticos
D1	MC1	Aumentar a frequência de expressão de sentimentos negativos;
		Aumentar consistência entre combinados e consequências;
		Substituir comportamentos relacionados a práticas negativas por habilidades sociais educativas parentais funcionalmente equivalentes;
		Estabelecimento de limites e regras;
		Aumentar o tempo de interação com a criança.
	PC1	Aumentar a frequência de expressão de sentimentos negativos;
		Aumentar consistência entre combinados e consequências;
		Substituir comportamentos relacionados a práticas negativas por habilidades sociais educativas parentais funcionalmente equivalentes;
		Aumentar a frequência de pedidos de desculpas;
		Aumentar a tolerância aos erros cometidos pela criança;
		Compreender e identificar comportamentos autísticos.
D2	MC2	Substituir comportamentos relacionados a práticas negativas por habilidades sociais educativas parentais funcionalmente equivalentes;
		Aumentar a expressão de elogios;
		Reforçar comportamentos adequados da criança;
		Expandir o uso das habilidades sociais educativas parentais para outros contextos;
		Expressar opiniões para a criança.
	MC3	Substituir comportamentos relacionados a práticas negativas por habilidades sociais educativas parentais funcionalmente equivalentes;

	Estabelecimento de limites e regras;
	Aumentar o tempo de interação com a criança.

Nota. *D1 = dupla um; D2 = dupla dois.*

Procedimentos de Coleta de Dados

A pesquisa buscou responsáveis por crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, em nível de suporte 1. Os participantes foram recrutados via *WhatsApp* e *Instagram*. Um folder foi encaminhado pelo WhatsApp e publicado no Instagram da primeira autora. O folder consistiu na apresentação do título da pesquisa, apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e um link para o preenchimento de interesse em um formulário do *Google*. Os interessados deveriam preencher o formulário, que contava com as seguintes perguntas: "Qual a idade da criança?"; "A criança apresenta algum diagnóstico?"; "No caso do diagnóstico de autismo, qual o nível de suporte descrito pelo laudo médico?"; "A criança realiza quantas horas de terapia ABA?"; "A criança realiza quantas horas de terapia ocupacional (TO)?"; e "A criança realiza quantas horas de terapia fonoaudiológica?". Também constaram perguntas a respeito dos cuidadores: "Os responsáveis pela criança apresentam algum diagnóstico?" e "Os responsáveis pela criança participaram nos últimos 6 meses de algum processo de orientação parental?".

Após o preenchimento do formulário do Google pelos responsáveis, houve uma triagem dos interessados (n=36). A seleção dos participantes ocorreu de acordo com o critério de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: a) pais e/ou responsáveis por crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), caracterizados no suporte nível 1 segundo laudo médico, e classificado como nível leve, a partir do critério fornecido pela Escala de Responsividade Social, segunda edição (SRS-2) (Borges, 2023); b) crianças que realizam terapia pautada na Análise do Comportamento Aplicada com carga horária semanal igual ou menor a 1 hora; c) crianças que realizam terapias multiprofissionais (fonoaudiologia e terapia ocupacional) com carga horária semanal igual ou menor a 1 hora; d) crianças que não fazem uso de medicação psiquiátrica. Por sua vez, os critérios de exclusão indicavam: a) pais/responsáveis que realizam ou realizaram, nos últimos 6 meses, orientação parental; b) pais e/ou responsáveis por crianças que além do diagnóstico de TEA também apresentam comorbidade de deficiência intelectual e/ou auditiva, de acordo com laudo médico; c) pais/responsáveis que apresentam deficiência intelectual.

Foram selecionados 10 responsáveis que atingiram parcialmente os critérios de inclusão (n=10). Aqueles que foram de encontro com os critérios de inclusão, tiveram um horário agendado com a pesquisadora para aplicação do SRS-2 (Borges, 2023), com o objetivo de indicar o nível de suporte da criança. Ao fim, 8 eram responsáveis por crianças autistas nível de suporte 1 (n=8). Ao

término da seleção e convite formal aos pais selecionados, todos concordaram e assinaram o TCLE (Apêndice A).

Os pais foram divididos em duplas, de acordo com a disponibilidade de horário para participação. Esse tipo de amostragem refere-se a um método não probabilístico, no qual a seleção dos participantes ocorre no acesso a eles e na disponibilidade dos mesmos para participar da pesquisa (Cozby, 2003). Ao término da divisão, foram estabelecidas 4 duplas.

Os integrantes da D1 e da D2 realizaram a primeira avaliação simultaneamente, em reuniões individuais. Na semana seguinte, a avaliação foi realizada com os integrantes da Dupla 3, e uma semana depois, com a Dupla 4. Os encontros subsequentes ocorreram mantendo o intervalo cronológico adotado. Uma semana após a última avaliação da linha de base, foi iniciada a intervenção, utilizando o Promove-Pais e a biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática" (Oliveira et. al, 2024).

Os encontros de intervenção foram realizados durante 1 hora e 30 minutos para D1 e D2, e ocorreram ao longo de 15 sessões. A descrição das sessões está exposta no Apêndice H. Ao término dos encontros, três sessões finais compuseram a avaliação pós-intervenção, *follow-up* de três meses e seis meses.

Todos os encontros eram compostos pela mesma estrutura, seguindo a ordem: estabelecimento de *rapport* e discussão da tarefa de casa disponibilizada no encontro anterior, com feedbacks a respeito do comportamento dos pais; discussão do tema da sessão; ensino do repertório; apresentação da tarefa de observação para a próxima semana; avaliação da sessão (escala Likert referente a satisfação em relação ao tema, tarefa e encontro). As tarefas estavam relacionadas com as temáticas discutidas no encontro, que solicitava aos responsáveis comportamentos de auto-observação em relação às suas práticas parentais e de observação em relação aos comportamentos dos seus filhos. Quando a tarefa era realizada de maneira incompleta (i.e.: os participantes não descreviam as variáveis antecedentes e reforçadoras do comportamento) ou quando a topografia da resposta dos pais era diferente da resposta esperada e ensinada em sessão, ensinos adicionais eram realizados, abordando a habilidade considerada deficitária pela pesquisadora, a partir de role playings ou de uma instrução seguida de solicitação de emissão de uma nova resposta pelo adulto, com feedback imediato. A Tabela 5 apresenta os temas das sessões e a descrição das tarefas de casa.

Tabela 5

Temas das sessões e tarefas de casa

Sessão	Tema	Tarefa de casa
1	Apresentação: autismo, comunicação e socialização	Observar e registrar quais comportamentos da criança ocorrem em baixa ou alta frequência e como os responsáveis se comportam diante deles (Oliveira et. al., 2024, p. 15).
2	Iniciar e manter conversação	Observar e registrar contextos em que o adulto iniciou uma comunicação, quais foram os assuntos da conversa e quais foram os comportamentos da criança durante a interação (Oliveira et. al., 2024, p. 20).
3	Fazer e responder perguntas	Observar e registrar o comportamento parental de fazer e responder perguntas às crianças, se houve alguma dificuldade e qual contexto a pergunta foi feita (Oliveira et. al., 2024, p. 25).
4	Expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer	Observar e registrar como o adulto expressou sentimentos positivos, qual contexto ocorreu e a reação da criança (Oliveira et. al., 2024, p. 34).
5	Conhecer direitos humanos básicos	Observar e registrar direitos e deveres respeitados e não respeitados da criança e do adulto na última semana (Oliveira et. al., 2024, p. 41).
6	Expressar e ouvir opiniões	Observar e registrar as opiniões emitidas na semana pelo responsável e pela criança, identificando contexto e reações envolvidas (Oliveira et. al., 2024, p. 48).
7	Comportamento habilidoso e não habilidoso	Observar e registrar comportamentos habilidosos e não habilidosos dos responsáveis, e qual foi a reação da criança em relação a estes comportamentos (Oliveira et. al., 2024, p. 56).
8	Expressar sentimentos negativos, solicitar mudança de comportamento, dar e receber feedback negativo	Observar e registrar contextos em que sentimentos negativos foram expressos de maneira habilidosa pelos responsáveis, e descrever dificuldades envolvidas (Oliveira et. al., 2024, p. 63).
9	Negociar, fazer e recusar pedidos	Observar e registrar quais pedidos feitos pelos adultos que a criança acata e recusa, e qual foi a reação dos responsáveis em ambas as situações (Oliveira et. al., 2024, p. 68-69).
10	Lidar com críticas, admitir os próprios erros e pedir desculpas	Observar e registrar pedidos de desculpas e críticas feitos pelos responsáveis às crianças, incluindo topografia, contexto realizado e função do comportamento (Oliveira et. al., 2024, p. 76).
11	Estabelecer limites: consistência na forma como os pais e as mães interagem com a criança; estabelecimento de regras	Observar e registrar quais foram os limites estabelecidos na semana, a topografia, a opinião do cônjuge e a consistência durante seu estabelecimento (Oliveira et. al., 2024, p. 79).
12	Estabelecer limites: atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos	Observar e registrar comportamentos dos pais que dificultam o estabelecimento de limites e comportamentos alternativos que foram emitidos para substituí-los (Oliveira et. al., 2024, p. 84).
13	Estabelecer limites: ignorar os comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto	Observar e registrar qual foi o comportamento emitido pelo responsável frente comportamentos adequados e inadequados da criança (Oliveira et. al., 2024, p. 90).
14	Estabelecer limites: ignorar os comportamentos problemas, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto	Observar e registrar combinados feitos que foram cumpridos e que não foram cumpridos (Oliveira et. al., 2024, p. 98)
15	Tema livre (Apêndice H)	**Não há tarefa.**

Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Os instrumentos foram corrigidos e analisados de acordo com as instruções próprias. As respostas obtidas foram descritas e comparadas a partir de uma análise descritiva simples nas diferentes medidas de avaliação e as avaliações de *follow-up* de três e seis meses.

Os dados obtidos foram tratados a partir do Método JT de Jacobson e Truax (1991). De acordo com os autores, o método é capaz de identificar mudanças clinicamente significativas a qualquer desordem clínica e é útil na identificação de indivíduos que apresentam melhorias, estabilização ou regressão após intervenções. Para isso, conduz análises comparativas entre os dados obtidos pré e pós-intervenção para: "decidir se a diferença entre eles representa mudança confiável e se é clinicamente relevante" (Del Prette & Del Prette, 2012, p. 15).

Para indicar que a diferença obtida entre os dados pré e pós intervenção representam uma mudança confiável, realiza-se um cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre esses dados, obtendo o Índice de Mudança Confiável (IMC - Reliable Change Index). O IMC permite avaliar se a mudança excede o erro de medida do instrumento. Além disso, o método JT avalia a Significância Clínica (SC - Clinical Significance) (Aguiar et al., 2009). A SC relaciona-se aos efeitos práticos da intervenção ao verificar se esta "faz uma diferença real na vida do cliente" (Villa & Aguiar, 2012). Portanto, IMC e SC avaliam aspectos distintos. É possível observar SC na ausência de IMC quando a mudança, embora suficiente para ultrapassar o ponto de corte clínico, não excede a margem de erro (e.g.: em situações que o indivíduo estava próximo ao ponto de corte).

Os resultados estão organizados na forma de tabelas e figuras. A verificação dessas mudanças clinicamente significativas foi conduzida com base nos critérios A, B ou C do método JT, a depender da disponibilidade dos dados normativos de cada instrumento.

De acordo com Villa e Aguiar (2012), os resultados das análises realizadas pelo JT permitem a categorização a partir dos critérios:

a) Recuperado: Atingiu critérios para IMC e SC;
b) Melhorado: Atingiu critérios para IMC, mas não para SC;
c) Inalterado: Não atingiu nenhum dos critérios;
d) Alterado[17]: Não atingiu critérios de melhora ou piora para IMC, mas atingiu para SC;
e) Piorado[18]: Atingiu critérios de piora para IMC, mas não para SC;
f) Deteriorado: Atingiu critérios de piora no IMC e passou de não clínico para clínico no SC.

[17] Este critério foi desenvolvido e utilizado pela pesquisadora e não está presente em Villa e Aguiar (2012). Sua criação foi considerada necessária para analisar os dados dos participantes. IMC e SC avaliam aspectos diferentes da mudança: o primeiro verifica se a mudança excede o erro de medida, enquanto o segundo indica se o indivíduo passou da faixa clínica para a não clínica. Portanto, é possível haver SC sem IMC quando a mudança, mesmo que pequena, cruza o ponto de corte clínico.

[18] Este critério foi desenvolvido pela primeira vez por Belei-Martins (2022) e não está presente em Villa e Aguiar (2012).

Para a realização das análises, os dados foram lançados no software Psicoinfo[19]. As comparações dos resultados ocorreram tendo como base o primeiro momento de avaliação, nomeado enquanto pré-avaliação.

RESULTADOS

A seguir, são apresentadas as avaliações qualitativas de satisfação dos responsáveis pela intervenção, a análise das tarefas de casa entregues, ao considerar frequência, execução e qualidade. Além disso, serão expostos os resultados referentes à saúde mental dos responsáveis e às habilidades sociais educativas parentais.

Avaliação de satisfação

Os 4 participantes avaliaram, em todas as 15 sessões, estarem "satisfeitos" com os encontros, temas e com as tarefas disponibilizadas.

Tarefas de casa

As tarefas de casa, exercícios realizados fora da sessão após o exercício da habilidade em contexto terapêutico, foram acompanhadas semanalmente durante as sessões e posteriormente utilizando o Protocolo de Acompanhamento de Tarefas de Casa (Santana et al., 2022).

O protocolo permitiu analisar a frequência de entregas da tarefa e a qualidade da execução, por participante. O critério de "execução" avaliou se o participante realizou todas as etapas propostas (i.e. fez toda tarefa proposta) ou se fez uma parte dela (i.e. fez parcialmente).

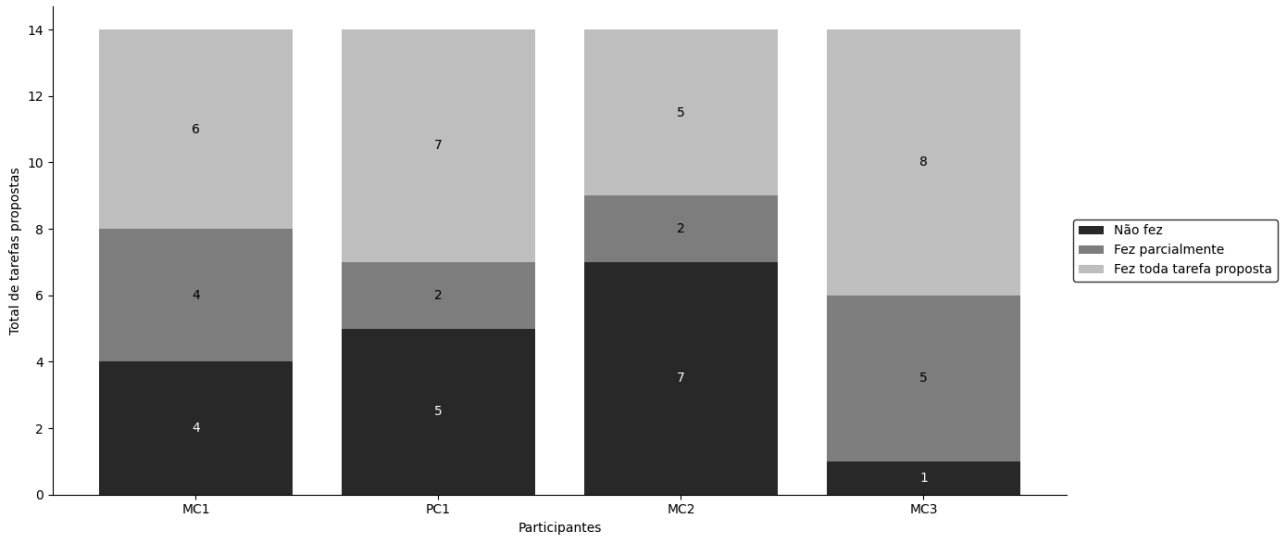
Observa-se que MC1 realizou 10 tarefas, sendo 6 completas e 4 realizadas parcialmente. PC1 realizou 9 tarefas, sendo 7 completas e 2 parcialmente realizadas. Por sua vez, MC2 realizou 7 tarefas solicitadas, sendo 5 completas e 2 parcialmente realizadas. MC3 realizou 13 tarefas, com 8 completas e 5 parcialmente realizadas.

Em média, os participantes deixaram de fazer 4 tarefas. Ao serem questionados sobre os motivos que contribuíram para a não realização das tarefas, citaram a falta de tempo ou o esquecimento. Aqueles participantes que não realizavam a tarefa antes do encontro eram convidados a relatar experiências anteriores relacionadas com a proposta da atividade. A Figura 2 apresenta o número total de tarefas entregues e a qualidade da execução.

Figura 2

[19] Software on-line e gratuito que permite a realização de análises utilizando-se o Método JT. Acesso pelo endereço https://www.psicoinfo.ufscar.br

Total de tarefas entregues e qualidade da execução



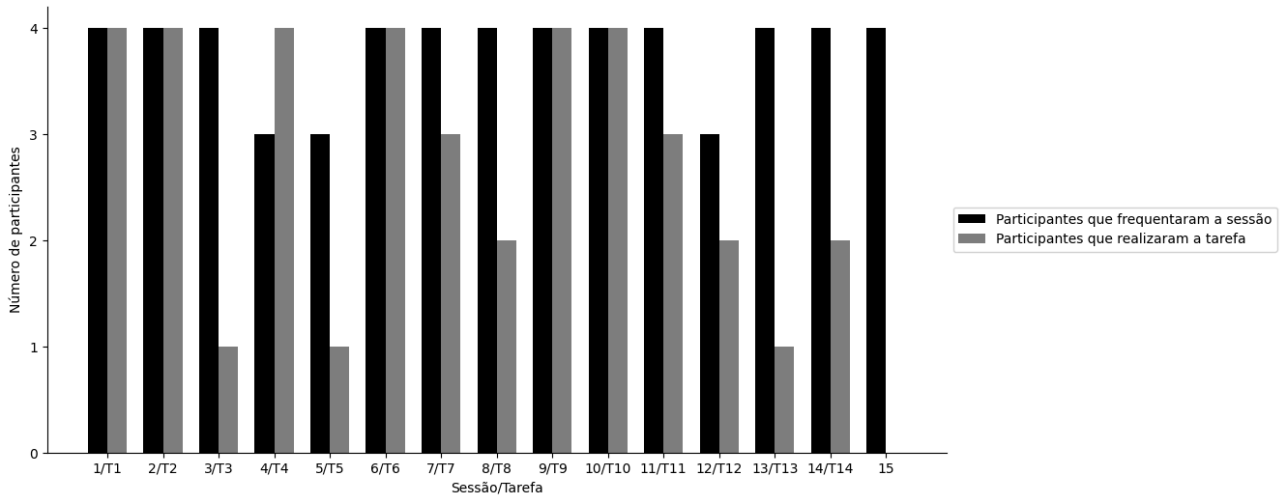
Com o objetivo de avaliar a assiduidade dos participantes na intervenção, foram analisados a frequência de comparecimento às sessões e a entrega das tarefas de casa. Ambos foram considerados indicadores de engajamento no processo terapêutico e da prática, em ambiente natural, das habilidades trabalhadas em sessão.

Neste estudo, ausências nas sessões originalmente agendadas entre a dupla e a pesquisadora foram contabilizadas como falta, mesmo quando posteriormente ocorreram reposições individuais. Nesses casos, a entrega da tarefa de casa também ocorria em um momento posterior ao originalmente combinado. Essa decisão permitiu obter um dado mais fidedigno de assiduidade dos participantes, considerando a participação na agenda previamente estabelecida para a intervenção. Porém, posteriormente, as reposições foram realizadas com o objetivo de garantir a exposição à sessão do programa, já que o Promove-Pais segue uma organização de sessões que, embora não sejam sequenciais, são complementares entre si.

Assim, em relação à entrega das tarefas, observa-se que a menor frequência ocorreu nas sessões 3 (fazer e responder perguntas), 5 (conhecer direitos humanos básicos) e 13 (ignorar os comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto). Uma hipótese para a baixa adesão relaciona-se ao conteúdo das sessões, dominadas pelos participantes antes da ocorrência da sessão. Durante os encontros (e na entrevista realizada a partir do RE-HSE-P), eles relataram já possuir repertório prévio das habilidade de fazer perguntas e reconhecer direitos dos filhos, conteúdos solicitados na tarefa de casa. No caso da sessão 13, por retomar habilidades previamente trabalhadas, pode ter sido percebida como repetitiva, contribuindo para menor realização da tarefa. A Figura 3 apresenta os dados descritos.

Figura 3.

Comparecimento na sessão e entrega das tarefas de casa



O protocolo também permitia avaliar se o participante havia aplicado a habilidade trabalhada na sessão em um contexto externo à intervenção, bem como se era capaz de descrever as variáveis antecedentes e reforçadoras relacionadas à resposta observada. Após o término de cada sessão, a terapeuta avaliava a qualidade da tarefa realizada, incluindo as respostas registradas pelos participantes, e definia se havia necessidade de treino adicional da habilidade ensinada, realizando o respectivo registro no protocolo. Quando o desempenho era considerado abaixo do esperado, o participante era individualmente conduzido à realização de um novo treino da habilidade em outro contexto terapêutico (p.ex.: em sessões subsequentes, mediante oportunidade), conforme previamente estabelecido pelo Promove-Pais.

Ao longo das 15 sessões, os participantes foram solicitados a realizar 14 tarefas de casa, relacionadas às habilidades trabalhadas nas sessões. Dessa forma, cada participante teve 14 oportunidades adicionais, além dos momentos de intervenção, para praticar as habilidades ensinadas e aplicá-las em contextos distintos daqueles vivenciados durante as sessões terapêuticas.

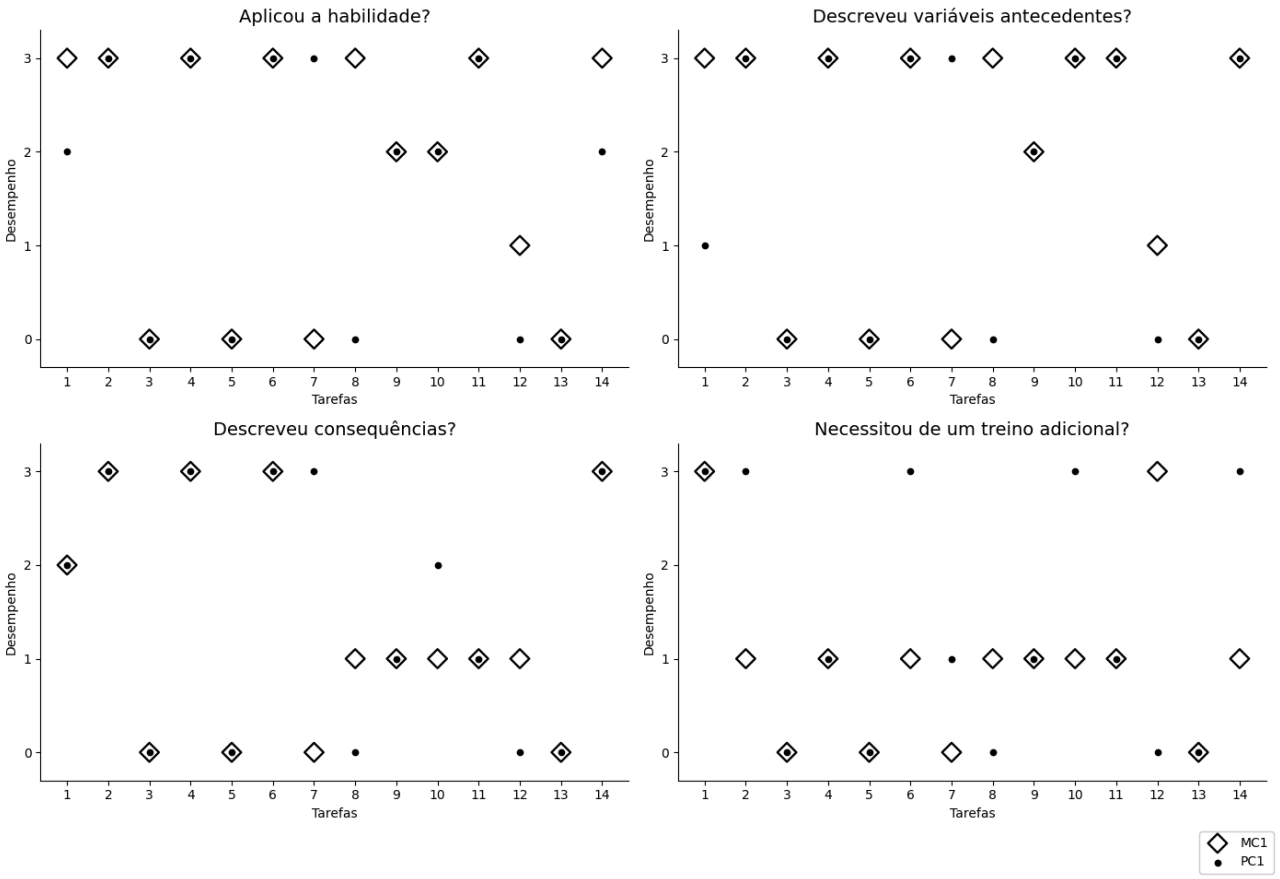
Assim, em relação ao desempenho dos participantes da Dupla 1, observa-se que MC1 aplicou a habilidade treinada conforme o esperado em 7 das 14 oportunidades e de forma parcial em 2 oportunidades. Além disso, descreveu adequadamente os antecedentes do próprio comportamento ou do comportamento do filho em 8 oportunidades, e de forma parcial em 1 oportunidade. No entanto, apresentou dificuldades para descrever as consequências reforçadoras, o que ocorreu de forma completa em apenas 4 oportunidades. Considerando o conjunto de respostas, identificou-se a necessidade de 2 treinos adicionais para MC1.

Por sua vez, PC1 aplicou a habilidade como o esperado em 5 de 14 oportunidades, e de forma parcial em 4 delas. Descreveu corretamente as variáveis antecedentes em 7 oportunidades e de forma parcial em 1. Também descreveu as consequências reforçadoras em 5 oportunidades de

forma completa e em 2 de forma parcial. Diante desses resultados, identificou-se a necessidade de 5 treinos adicionais para PC1. A Figura 4 apresenta os dados da Dupla 1.

Figura 4

Desempenho dos participantes da Dupla 1, a partir de quatro indicadores



Nota. 0 = não fez a tarefa; 1 = não preenche o critério do indicador; 2 = preenche parcialmente o critério do indicador; 3 = preenche totalmente o critério do indicador. No gráfico "Necessitou de um treino adicional?", a pontuação 3 indica que o participante necessitou e realizou treino adicional, enquanto a pontuação 1 indica que não necessitou de treino adicional.

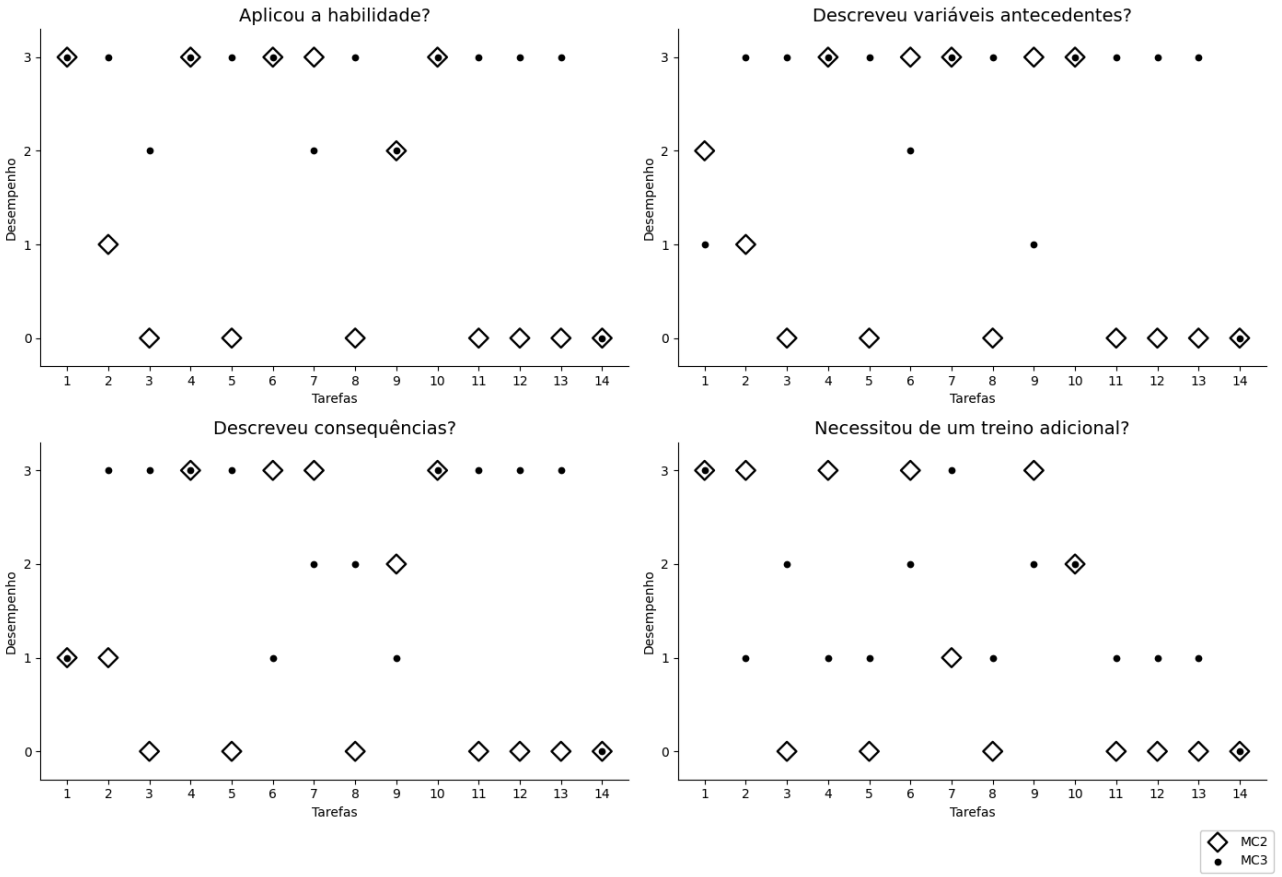
MC2 aplicou a habilidade conforme o esperado e descreveu as variáveis antecedentes em 5 de 14 oportunidades, realizando essas ações de forma parcial em 1. Em relação às consequências reforçadoras, descreveu-as de maneira completa em 4 oportunidades e de forma parcial em 1. A partir do relato da participante sobre seu desempenho em relação a aplicação da tarefa de casa em contexto natural, identificou-se a necessidade de 5 treinos adicionais completos e 1 treino parcial.

MC3 apresentou os melhores resultados. Aplicou a tarefa de casa em seu contexto natural de maneira completa em 10 oportunidades e de forma parcial em 3 oportunidades. Da mesma forma, descreveu adequadamente as variáveis antecedentes em 10 oportunidades, e de forma parcial em 1.

Em relação às consequências reforçadoras, descreveu-as de forma completa em 8 oportunidades e parcialmente em 2. Por fim, foi estabelecida a necessidade de 2 treinos adicionais completos e 4 treinos parciais ao longo da intervenção. A Figura 5 apresenta os dados da Dupla 2.

Figura 5

Desempenho dos participantes da Dupla 2, a partir de quatro indicadores



Nota. 0 = não fez a tarefa; 1 = não preenche o critério do indicador; 2 = preenche parcialmente o critério do indicador; 3 = preenche totalmente o critério do indicador. No gráfico "Necessitou de um treino adicional?", a pontuação 3 indica que o participante necessitou e realizou treino adicional, enquanto a pontuação 1 indica que não necessitou de treino adicional.

Saúde Mental

Para avaliar a saúde mental dos responsáveis foram utilizadas duas escalas, o PHQ-9 e o GAD-7, apresentados respectivamente nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6

Resultados obtidos a partir do Patient Health Questionnaire (PHQ-9), nas diferentes medidas de avaliação

Sujeito	S1	PRÉ	AI	PÓS	FU3	FU6
MC1	3 SD	2 SD	3 SD	4 SD	5 L	2 SD
PC1	3 SD	6 L	5 L	1 SD *	2 SD *	0 SD *
MC2	18 MG	7 L	1 SD *	6 L	1 SD *	8 L
MC3	16 MG	11 M	16 MG	10 M	14 M	13 M

Nota. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses; SD = sem depressão; L = leve; M = moderado; MG = moderadamente grave; G = grave; * = mudança positiva confiável; melhorado = atende ao critério de IMC, mas não ao de SC; piorado = piora para IMC, sem atingir SC.

Em relação à sintomatologia depressiva, obtida a partir do PHQ-9, MC1 e PC1 iniciaram "sem depressão", mas apresentaram oscilações no escore e mudança na classificação ao longo do período de intervenção. Observou-se mudança positiva confiável para PC1 no pós-intervenção, *follow-up* de três e seis meses e mudança negativa confiável para MC1 nos escores do pós-intervenção e avaliação de *follow-up* de três meses (os dados completos encontram-se no Apêndice F).

MC2 e MC3 apresentaram escores mais elevados na primeira sonda, com indicativo de "depressão moderadamente grave". Na avaliação pré-intervenção, as participantes mantiveram indicativos de depressão, sendo "leve" para MC2 e "moderado" para MC3. Os escores de MC2 oscilaram ao longo do processo, mantendo-se na classificação "leve" ao final das avaliações. O mesmo ocorre com MC3, com oscilações e estabilidade na classificação "moderada", com mudança negativa confiável observada ao comparar os resultados da avaliação pré-intervenção e a avaliação de *follow-up* de 6 meses.

Tabela 7

Resultados obtidos a partir do Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), nas diferentes medidas de avaliação

Sujeito	S1	PRÉ	AI	PÓS	FU3	FU6
MC1	6 L	3 SA	3 SA	4 SA	2 SA	2 SA
PC1	4 SA	8 L	6 L	4 SA	2 SA*	4 SA
MC2	14 M	6 L	6 L	5 L	4 SA	14 M
MC3	12 M	6 L	13 M	8 L	11 M	18 G

Nota. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses; SA = sem ansiedade; L = leve; M = moderado; G = grave; * = mudança positiva confiável; melhorado = atende ao critério de IMC, mas não ao de SC; piorado = piora para IMC, sem atingir SC.

Considerando sintomas ansiosos a partir do GAD-7, MC1 apresentou o indicativo de "ansiedade leve" na primeira sonda, com posterior mudança para "sem ansiedade". Essa classificação se manteve estável ao longo das avaliações. PC1 iniciou as avaliações com o indicativo de "sem ansiedade", mas observou-se oscilações para "ansiedade leve" nas avaliações posteriores, com retorno à classificação inicial. Foi observada uma mudança positiva confiável nos escores de PC1 na avaliação de *follow-up* de três meses, conforme indicado estatisticamente pelo Método JT (Apêndice F).

As mães que compõem a dupla 2 iniciaram com o indicativo de "ansiedade moderada". MC2 apresentou redução gradual nos escores ao longo das avaliações, mas retornou ao indicativo inicial na avaliação de *follow-up* de seis meses. MC3, por sua vez, oscilou entre o indicativo de "ansiedade leve" e "ansiedade moderada", apresentando piora nos sintomas na avaliação de *follow-up* de seis meses. O Método JT indica uma Mudança Negativa Confiável nos escores de MC2 e MC3 (Apêndice F).

Habilidades Sociais Educativas Parentais

Para avaliar as habilidades sociais educativas parentais, foram utilizados dois instrumentos: a Checklist HSE-PN e o RE-HSE-P.

Checklist HSE PN. A checklist permitiu avaliar, a partir do autorrelato dos pais, a frequência de comportamentos específicos que eles dizem emitir com seus filhos, relacionados à comunicação e afeto (pontuação máxima: 74 pontos), limites positivos e negativos (pontuação máxima: 12 pontos). A Figura 6 apresenta os dados.

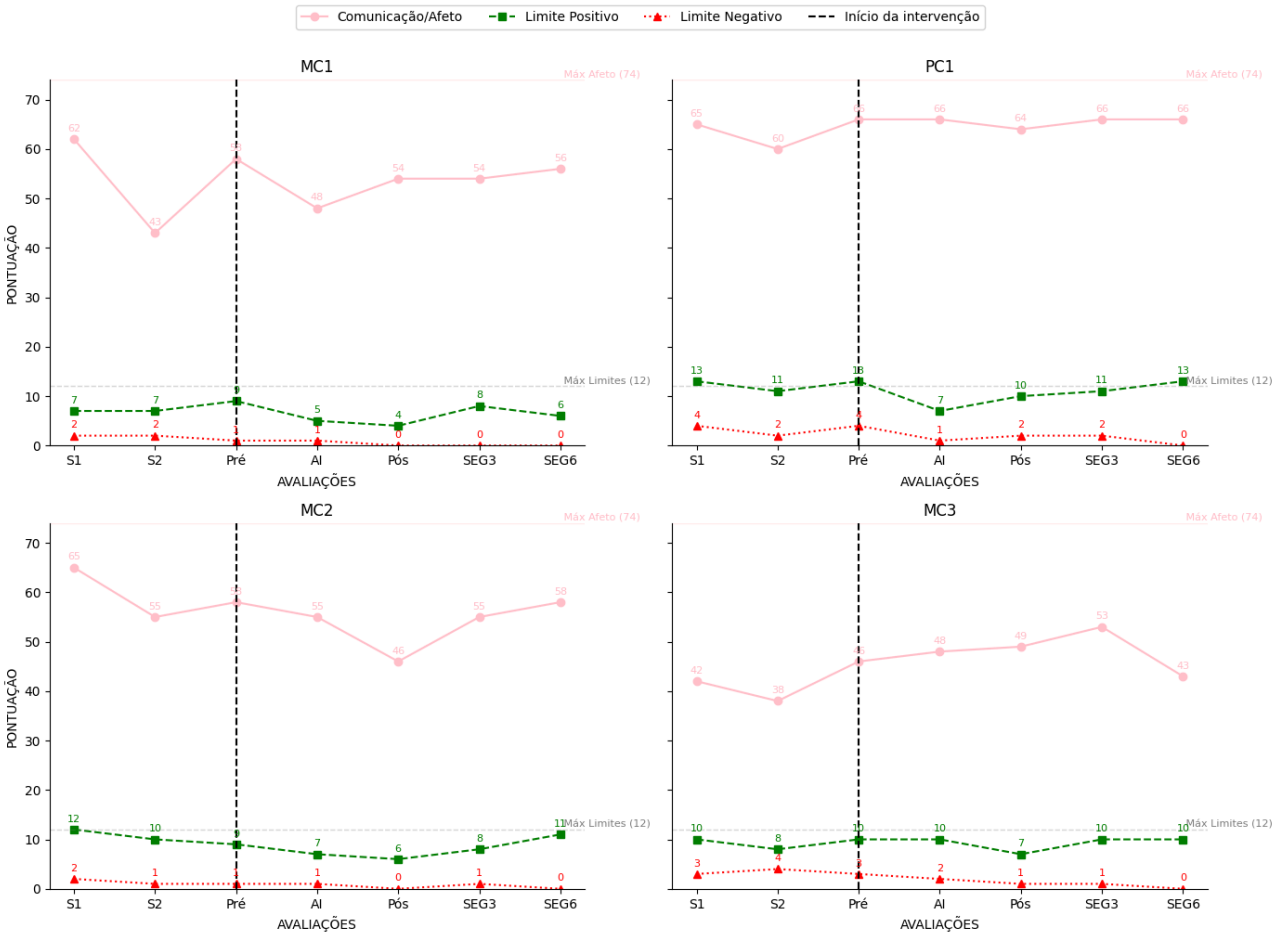
Ao observar os dados obtidos a partir dos relatos de MC1 em relação à "comunicação/afeto", há o escore elevado para afeto na primeira avaliação, seguido por queda e posterior recuperação na terceira avaliação. Após o início da intervenção, representado pela linha pontilhada, observa-se uma queda imediata, seguida de recuperação e estabilidade do repertório em níveis próximos ao período pré-intervenção. Por sua vez, referente aos comportamentos relacionados a estabelecimento de "limites positivos" (i.e. relacionados a respostas parentais que buscam negociar e conversar para estabelecê-los, além de colocar regras e solicitar mudança de comportamento) observam-se oscilações ao longo das avaliações, sem tendência de aumento ou redução consistente. Em relação aos "limites negativos" (i.e. utilização de agressão física, verbal, ameaça, castigo/privação, coação física e inconsistência nas regras/combinados) observa-se redução constante até zero. PC1, por sua vez, inicia a avaliação com escores elevados na classe de comportamentos relacionados a "limites positivos" e "comunicação/afeto". Observa-se manutenção de níveis elevados para "comunicação/afeto" ao longo das avaliações, enquanto "limites positivos"

apresentam oscilações, com queda pontual e posterior recuperação aos níveis iniciais. Em relação a "limites negativos", observa-se redução ao longo das avaliações até atingir zero, assim como observado nos resultados de MC1.

MC2 inicia com um alto escore na primeira avaliação, na classe de comportamentos de "comunicação/afeto", sendo observado queda na segunda avaliação, seguida de oscilações ao longo das medidas subsequentes. Há uma redução acentuada na avaliação pós-intervenção, e posterior recuperação parcial. Em relação aos comportamentos de "limites positivos", observa-se uma tendência de queda ao longo das avaliações, seguida de recuperação na avaliação de *follow-up* de seis meses, aproximando-se do escore inicial ao término do processo de avaliação. Os escores relacionados a "limites negativos" são baixos nas avaliações iniciais, e reduzem a zero nas avaliações subsequentes. Por fim, em relação aos comportamentos de "comunicação/afeto" de MC3, há um aumento nos escores ao longo das avaliações iniciais e do período de intervenção. Observa-se queda na avaliação de *follow-up* de seis meses. Os dados referentes a "limites positivos", por sua vez, apresentam oscilações ao longo das avaliações, sem tendência clara de aumento ou redução. Há uma queda mais evidente na avaliação pós intervenção, assim como observado para MC2, em "comunicação/afeto". Os escores de "limites negativos" apresentam oscilações nas avaliações iniciais, mas com escores maiores do que aqueles observados na avaliação intermediária e subsequentes, atingindo valor zero na avaliação de *follow-up* de seis meses. Os dados estão presentes na Figura 6.

Figura 6

Comunicação, afeto e limites das Duplas 1 (MC1 e PC1) e 2 (MC2 e MC3)



Nota: 1 = sonda 1; 2 = sonda 2; 3 = avaliação pré-intervenção; 4 = avaliação intermediária; 5 = avaliação pós-intervenção; 6 = *follow-up* de 3 meses; 7 = *follow-up* de 6 meses.

RE-HSE-P. O Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas e Parentais permite a classificação das práticas parentais considerando a variabilidade e a frequência das respostas avaliadas.

Em relação a variabilidade dos comportamentos avaliados, MC1 e PC1 apresentaram repertório "não clínico" para habilidades sociais educativas parentais (HSE-P) e variáveis de contexto (CONT) na avaliação pré-intervenção, com aumento nos escores nas avaliações subsequentes à intervenção. De acordo com o método JT, é observada mudança positiva confiável para ambos os responsáveis (Apêndice F). Em relação ao total positivo, composto por HSE-P, HS e CONT, MC1 e PC1 apresentaram repertórios "não clínicos" na avaliação pré-intervenção, com aumento dos escores nas avaliações pós-intervenção. Observa-se mudanças positivas e confiáveis para MC1 e PC1.

Em relação a práticas negativas (PR NEG), MC1 e PC1 apresentaram-se na classificação "clínica" na avaliação pré-intervenção. Após a intervenção, observa-se redução no escore e mudança para classificação "não clínica". Apesar de não ser observado mudança clínica confiável, o Método JT indicou que os escores apresentam significância clínica (Apêndice F). O Total

Negativo, composto por PR NEG e problemas de comportamento (PROBL), apresentou-se "clínico" para MC1 e PC1 na primeira avaliação. Após a intervenção, observa-se redução nos escores e estabilidade na classificação clínica para PC1 e mudança de MC1 para faixa "limítrofe" (mudança positiva confiável observada; Apêndice F).

Em relação a MC2, na avaliação pré-intervenção, observou-se classificação "limítrofe" em HSE-P e "não clínico" para CONT. Foi observada uma oscilação em HSE-P, que transitou entre "limítrofe" e "não clínico", e estabilidade em CONT. Por sua vez, o total positivo manteve-se na faixa "não clínica" durante as avaliações.

Quanto às PR NEG, MC2 manteve em classificação "clínica" ao longo das avaliações, mas indica redução e mudança clínica para "não clínico" na avaliação de *follow-up* de seis meses.

MC3, por sua vez, apresentou classificação "clínica" em HSE-P com mudança nos escores após a intervenção, apresentando repertório "não clínico" na avaliação de *follow-up* de três e seis meses. Em relação a CONT, foi observado aumento nos escores, mantendo assim a classificação "não clínica" ao longo das avaliações. O Total Positivo aumentou e manteve-se na classificação "não clínica". Há mudanças positivas confiáveis para Total Positivo, CONT e HSE-P.

Sobre as PR NEG, observou-se uma mudança significativa nos escores, que passaram da classificação "clínica" para "não clínica". Consequentemente, o total negativo também reduziu, mantendo-se em "não clínico". Foi observado mudança positiva confiável com significância clínica para Total Positivo, Total Negativo, HSE-P, CONT e PR NEG em diferentes momentos da avaliação (Apêndice F). Os dados estão expostos na Tabela 8.

Tabela 8

Análise por variabilidade pelo RE-HSE-P, nas diferentes medidas de avaliação

Entrevistado		Pré	Pós	FU3	FU6
MC1	HSE-P	11 **NC**	14 **NC** *	15 **NC** *	13 **NC**
	CONT	22 **NC**	24 **NC**	27 **NC**	29 **NC** *
	TOTAL POS	53 **NC**	59 **NC**	65 **NC** *	65 **NC** *
	PR NEG	09 **C**	05 **NC**	04 **NC**	04 **NC**
	TOTAL NEG	31 **C**	13 **L** *	13 **L** *	13 **L** *
PC1	HSE-P	10 **NC**	17 **NC** *	13 **NC** *	18 **NC** *
	CONT	17 **NC**	28 **NC** *	20 **NC**	26 **NC** *
	TOTAL POS	44 **NC**	76 **NC** *	55 **NC** *	63 **NC** *
	PR NEG	07 **C**	03 **NC**	04 **NC**	04 **NC**
	TOTAL NEG	21 **C**	18 **C**	14 **C**	13 **L** *
MC2	HSE-P	09 **L**	10 **NC**	09 **L**	10 **NC**
	CONT	24 **NC**	18 **NC**	17 **NC**	23 **NC**
	TOTAL POS	48 **NC**	52 **NC**	42 **NC**	56 **NC**
	PR NEG	08 **C**	08 **C**	08 **C**	02 **NC**
	TOTAL NEG	17 **C**	17 **C**	15 **C** *	08 **NC** *
MC3	HSE-P	07 **C**	09 **L**	13 **NC** *	12 **NC** *
	CONT	17 **NC**	23 **NC**	18 **NC**	26 **NC** *
	TOTAL POS	41 **NC**	52 **NC** *	53 **NC** *	58 **NC** *
	PR NEG	11 **C**	03 **NC** *	02 **NC** *	01 **NC** *
	TOTAL NEG	26 **NC**	13 **L** *	12 **NC** *	11 **NC** *

Nota. Pré = avaliação pré-intervenção; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; CONT = variáveis de contexto; PR NEG = práticas negativas; TOTAL POS = total positivo; TOTAL NEG = total negativo. C = clínico; L = limítrofe; NC = não clínico. No Fator 1 (habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais infantis e variáveis contextuais), C indica baixa variabilidade de respostas, enquanto NC indica alta variabilidade; no Fator 2 (práticas negativas e problemas de comportamento), C indica alta variabilidade de respostas, enquanto NC indica baixa variabilidade. * = mudança positiva confiável. Classificação da mudança: melhorado = atende ao critério de IMC, mas não ao de SC; piorado = não atende ao critério de IMC e indica piora, sem atingir SC; recuperado = atende aos critérios de IMC e SC; alterado = não atende ao critério de IMC, mas atinge SC.

O RE-HSE-P também permite a mensuração da frequência dos comportamentos avaliados. MC1 iniciou e manteve-se na classificação "não-clínica" para HSE-P, com escores estáveis. PC1, por sua vez, encontrava-se na classificação "limítrofe" e apresentou mudança para a classificação "não clínica" após aumento dos escores. Ambos, MC1 e PC1, encontravam-se na classificação "clínica" para CONT e Total Positivo. Após a intervenção, CONT manteve-se estável e o Total Positivo apresentou mudança para classificação "limítrofe". Em relação a PR NEG, MC1 e PC1 apresentavam classificação "não clínica" na avaliação pós intervenção e ambos mantiveram-se na mesma classificação ao término do processo. Em relação ao Total Negativo, os pais classificavam-se em faixa "não clínica", e é observado permanência na faixa, com redução no escore.

MC2 e MC3, na avaliação pré-intervenção, apresentaram escore "clínico" em HSE-P, CONT e Total Positivo. Após intervenção, foi observado aumento no escore em todas as classes comportamentais, mas com permanência na classificação "clínica". Foi observado Mudança Positiva Confiável com significância clínica para HSE-P das participantes (Apêndice F). PR Neg e Total Neg de MC2 e MC3 foram classificados como "não clínico", com estabilidade na classificação e escore após a intervenção. Observa-se que os escores dessas classes por MC2 apresentam redução significativa, com mudanças positivas confiáveis observadas. Os dados estão expostos na Tabela 9.

Tabela 9

Análise por frequência pelo RE-HSE-P, nas diferentes medidas de avaliação

Entrevistado		Pré	Pós	FU3	FU6
MC1	HSE-P	13 **NC**	14 **NC**	14 **NC**	14 **NC**
	CONT	02 **C**	04 **L**	02 **C**	01 **C**
	TOTAL POS	21 **C**	26 **NC**	24 **L**	25 **L**
	PR NEG	02 **NC**	04 **NC**	01 **NC**	01 **NC**
	TOTAL NEG	02 **NC**	03 **NC**	01 **NC**	03 **NC**
PC1	HSE-P	12 **L**	14 **NC**	14 **NC**	13 **NC**
	CONT	01 **C**	02 **C**	02 **C**	02 **C**
	TOTAL POS	20 **C**	24 **L**	28 **NC**	24 **L**
	PR NEG	03 **NC**	02 **NC**	02 **NC**	01 **NC**
	TOTAL NEG	05 **NC**	02 **NC**	02 **NC**	03 **NC**
MC2	HSE-P	06 **C**	10 **C** *	10 **C** *	12 **L** *
	CONT	01 **C**	01 **C**	02 **C**	02 **C**
	TOTAL POS	15 **C**	22 **C**	22 **C**	23 **C**
	PR NEG	05 **NC**	03 **NC**	05 **NC**	01 **NC**
	TOTAL NEG	05 **NC**	03 **NC**	05 **NC**	01 **NC**
MC3	HSE-P	08 **C**	07 **C**	10 **C**	12 **L** *
	CONT	0 **C**	01 **C**	02 **C**	02 **C**
	TOTAL POS	15 **C**	18 **C**	21 **C**	20 **C**
	PR NEG	08 **NC**	01 **NC** *	0 **NC** *	0 **NC** *
	TOTAL NEG	10 **NC**	01 **NC** *	0 **NC** *	0 **NC** *

Nota. Pré = avaliação pré-intervenção; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; CONT = variáveis de contexto; PR NEG = práticas negativas; TOTAL POS = total positivo; TOTAL NEG = total negativo. C = clínico; L = limítrofe; NC = não clínico. No Fator 1 (habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais infantis e variáveis contextuais), NC indica maior frequência de comportamentos socialmente habilidosos, enquanto C indica menor frequência; no Fator 2 (práticas negativas e problemas de comportamento), C indica maior frequência desses comportamentos, enquanto NC indica menor frequência. * = mudança positiva confiável. Classificação da mudança: melhorado = atende ao critério de IMC, mas não ao de SC; piorado = indica piora para IMC, sem atingir SC; recuperado = atende aos critérios de IMC e SC; alterado = não atende ao critério de IMC, mas atinge SC.

Relato dos participantes

Durante a avaliação pós-intervenção, todos os participantes da presente pesquisa responderam perguntas relacionadas às suas práticas parentais e ao programa (Apêndice D; E). Todos os participantes relataram, qualitativamente, alterações em suas práticas parentais. Os participantes descreveram maior uso de práticas positivas, possibilidade de correção das suas práticas negativas e percepção da inconsistência na aplicação de limites. Os relatos ilustram:

> "Tínhamos [MC1 e PC1] uma dificuldade muito grande para entender o que é do autismo e o que é birra. Depois identificar quais ações deveríamos tomar dentro de casa enquanto pais. Até para ter um discernimento de como agir. Isso foi solucionado. A gente viu uma evolução e consegue parar e entender. Mais do que tomar a atitude certa, é eu conseguir olhar e ver depois o que eu errei, é ter um discernimento do que eu poderia fazer em outra situação" - MC1.

> "Quando a gente começou o programa, a gente soube o valor que isso custa, e sabíamos que não teríamos uma oportunidade como essa de novo. A gente tinha que viajar para minha sogra todo sábado, ou minha mãe viajar com meu pai para casa, para cuidar do C1 [durante a intervenção], mas a gente sempre esteve focado, e sabia que valia a pena. Eles [os problemas de comportamento] estão de uma forma mais controlada. Ele [C1] evoluiu demais, e hoje temos uma condição melhor de dar suporte quando isso acontece. Acho que isso é a chave de tudo: a forma como estamos lidando com isso. [...] Você veio tratar a gente, e não tratar o C1. Tudo foi solucionado? Não, por que falta tempo, mas a gente recebeu muita informação legal" - PC1.

> "Tudo eu dizia não, e às vezes a forma de fazer a pergunta muda a resposta dele [C2]. Aqueles tópicos do card [folder de divulgação] me fez pensar se eu sabia fazer com C2 ou não. Eu tenho dificuldades de falar até com os mais velhos. A gente tem que treinar, e se policiar para não voltar ao jeito antigo de ser. Na hora eu tenho que pensar no que falar. O que eu tenho que melhorar ainda é a parte dos elogios" - MC2.

> "Estamos sabendo como manejar melhor o comportamento, para evitar que fique aquela coisa exacerbada que ficava antigamente. Então, eu acho que tá mais tranquilo, apesar de ter fases e ir mudando algumas coisas, eu acho que to sabendo lidar melhor com o comportamento de forma geral. A relação está mais próxima, e acho que pela conversa: conversar mais. Não só na hora de brigar e de chamar atenção. Estou conversando mais e

orientando mais, ao invés de dizer o que não pode fazer, digo o que pode fazer. Isso contribui bastante" - MC3.

Além disso, alguns participantes descreveram que a intervenção contribuiu em suas outras relações interpessoais, assim como exposto por MC2:

"A forma como você fazia a gente refletir é algo que me ajudava muito. As reflexões me ajudaram até com meu marido, e me ajudou até nessa questão de conversar com ele. Não foi só com o C2, mas foi com a família. Todas as famílias precisavam disso. Esse momento que você fez é muito importante para a família" - MC2.

MC1 e PC1 evidenciaram que o processo de intervenção contribuiu para o exercício da coparentalidade:

"Ele [PC1] estava sempre junto comigo, e durante a semana era muito legal essa troca. Com os dois juntos ficou muito mais fácil para colocar em prática. Foi um combustível extra para continuar. Ter alguém com quem compartilhar e os dois juntos verem que estava dando certo" - MC1.

"A gente começou com uma psicóloga no particular, e ela falava cinco minutos depois sobre o atendimento. A MC1 trazia muita informação pra mim. Mas eu não participava, eu não falava. Elas falavam de coisas pontuais. Ela [a psicóloga do particular] dava soluções de coisas pontuais e não treinava a gente. Você veio tratar a gente, e não tratar o C1. Tudo foi solucionado? Não! Por que falta tempo. Mas a gente recebeu muita informação legal".

Uma participante, MC2, relatou que a participação em grupo motivou sua participação:

"Na hora que está ali, é muito rápido e muito gostoso a troca de informações com a mãe. Lá com a MC3 eu pensava: "meu Deus, aqui é igualzinho". Então é muito bom ver o que a outra mãe faz. Eu percebia que o menino da MC3 falava muito mais do que o meu, e eu via como ela abordava ele e se sentia motivada para fazer diferente" - MC2.

Categorização dos indicadores de saúde mental, habilidades sociais educativas parentais e práticas negativas dos responsáveis, segundo o Método JT.

Os resultados dos indicadores de saúde mental, HSE-P e práticas negativas de cada participante que apresentaram mudanças clínicas significativas estão dispostos na Tabela 10, considerando os critérios de Villa e Aguiar (2012). Escores recuperados correspondem a escores com variações estatisticamente confiáveis e que permitiram ao sujeito atingir a classificação "não clínica". Escores melhorados representam variações estatisticamente confiáveis, mas sem mudanças na classificação do participante. Escores alterados indicam variação, mesmo que não estatisticamente confiável, na classificação do responsável de "clínico" para "não clínico". Dados piorados indicam que há uma piora estatística nos escores, mas com permanência na mesma categoria anteriormente identificada. A Tabela 10 não consta dados inalterados para melhor visualização das mudanças observadas.

MC1 apresentou piora em saúde mental, a partir das avaliações realizadas a partir do PHQ-9. Apresenta melhora em relação a variabilidade de habilidades sociais educativas parentais, total positivo e total negativo. Também apresenta melhora em variáveis contextuais. Há alteração observada nos escores em relação a variabilidade de comportamentos que caracterizam práticas negativas.

PC1 apresentou melhora em indicadores de depressão e ansiedade, em pelo menos um momento da avaliação. Indica também melhora na variabilidade em habilidades sociais educativas parentais, em frequência e variabilidade de variáveis contextuais e em variabilidade considerando total positivo e total negativo. Assim como observado em MC1, há alteração nos escores relacionados à variabilidade de práticas negativas.

MC2 indica melhora nos indicadores de depressão, mas há piora identificada sobre os indicadores de ansiedade e variáveis de contexto, em pelo menos uma medida. Observou-se também melhora e recuperação na frequência de habilidades sociais educativas parentais. Em relação a variabilidade de práticas negativas, observa-se alterações em uma medida. Em relação a variabilidade do total negativo, há melhora observada. Por sua vez, a frequência do total positivo indica alteração.

MC3 apresenta piora nos indicadores de ansiedade e depressão. Apresenta recuperação em relação a variabilidade de habilidades sociais educativas parentais e melhora na frequência, em pelo menos uma medida. Observa-se também melhora na variabilidade de variáveis contextuais. Além disso, a participante indica melhora na variabilidade e alteração na frequência do total positivo. Total negativo, por sua vez, indica recuperação em variabilidade e melhora em frequência. Práticas negativas indicam recuperação tanto em variabilidade como em frequência.

Tabela 10

Mudança nos indicadores de saúde mental, HSE-P e práticas negativas dos responsáveis, segundo o método JT, nas diferentes medidas de avaliação.

Entrevistado		**AI**	**Pós**	**FU3**	**FU6**
MC1					
	PHQ-9		Piorado	Piorado	
	RE-HSE-P				
	HSE-P (V)		Melhorado	Melhorado	
	PR NEG (V)		Alterado	Alterado	
	Cont (V)				Melhorado
	Total Pos (V)			Melhorado	Melhorado
	Total Neg (V)		Melhorado	Melhorado	Melhorado
PC1					
	PHQ-9		Melhorado	Melhorado	Melhorado
	GAD-7			Melhorado	
	RE-HSE-P				
	HSE-P (V)		Melhorado	Melhorado	Melhorado
	PR NEG (V)		Alterado	Alterado	Alterado
	Cont (V)		Melhorado		Melhorado
	Total Pos (V)		Melhorado		Melhorado
	Total Neg (V)			Melhorado	Melhorado
	Cont (F)			Melhorado	
MC2					
	PHQ-9	Melhorado		Melhorado	
	GAD-7				Piorado
	RE-HSE-P				
	HSE-P (F)		Melhorado	Recuperado	Recuperado
	PR Neg (V)				Alterado
	Cont (V)			Piorado	
	Total Neg (V)				Melhorado
	Total Pos (F)		Alterado	Alterado	Alterado
MC3					
	PHQ-9	Piorado		Piorado	Piorado
	GAD-7	Piorado		Piorado	Recuperado
	RE-HSE-P				
	HSE-P (V)			Recuperado	Recuperado
	HSE-P (F)				Melhorado
	Cont (V)				Melhorado
	Total Pos (V)		Melhorado	Melhorado	Melhorado
	Total Pos (F)			Alterado	
	Total Neg (V)		Melhorado	Recuperado	Recuperado
	Total Neg (F)		Melhorado	Melhorado	Melhorado
	Pr Neg (F)		Recuperado	Recuperado	Recuperado

Pr Neg (V)	Recuperado	Recuperado	Recuperado

Nota. V = Variabilidade; F = Frequência; HSE-P = Habilidades Sociais Educativas Parentais; CONT = variáveis de contexto; PR NEG = práticas negativas; TOTAL POS = total positivo; TOTAL NEG = total negativo; AI: avaliação intermediária; Pós: avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses;

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção com o Promove-Pais e biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática" a pais de crianças autistas. A intervenção foi realizada *on-line,* através da plataforma *google meet.* Participaram duas duplas de responsáveis por crianças autistas, nível de suporte 1, provenientes de amostragem não probabilística por conveniência (i.e. uma dupla composta por duas mães e outra composta por um casal heteroafetivo, que mantinham um relacionamento estável). Ao longo dos 15 encontros síncronos, os participantes realizaram tarefas de casa estruturadas para favorecer a aplicação das habilidades treinadas no cotidiano familiar, e foram convidados a relatar o quão satisfeitos estavam com os encontros, temas e tarefas ao término de cada sessão. Quando, a partir dos exemplos apresentados pelos participantes nas tarefas de casa, era identificada a utilização inadequada ou insuficiente de determinada habilidade, eram estabelecidas contingências em sessão para a realização de treinos adicionais do repertório em déficit. Isso significa que, ao longo das sessões, a partir de um relato de uma situação vivenciada com o filho na qual a habilidade poderia ser empregada, a pesquisadora conduzia um *role-play*, possibilitando o treino da resposta-alvo no contexto descrito pelo participante. Ao término da intervenção, investigou-se os efeitos da intervenção sobre o repertório de habilidades sociais educativas parentais, práticas negativas e saúde mental dos responsáveis. Os resultados serão discutidos considerando os critérios de Villa e Aguiar (2012).

No aspecto de saúde mental, observa-se piora nos indicadores de sintomas depressivos de dois participantes (MC1 e MC3) e melhora para outros dois (PC1 e MC2), com mudanças positivas confiáveis observadas. Em relação aos sintomas ansiosos, apenas um participante apresentou melhora (PC1), dois pioraram (MC2 e MC3) e um se manteve estável.

Os resultados convergem com os achados da meta-análise de MacKenzie e Eack (2022) e Yu et al. (2019). O mesmo também foi observado por Oliveira (2025), que não identificou mudanças clinicamente significativas para todos os participantes. Esses indicadores podem refletir o contexto histórico e de vida dos participantes no momento da coleta. É um fato que a depressão e a ansiedade são multifatoriais (APA, 2013), e o contexto influencia o desenvolvimento de comportamentos saudáveis ou adoecidos (Chaim et al., 2019). Assim como exposto por Padden et al. (2017) e

Yesilkaya & Magallón-Nery (2024), cuidadores de crianças autistas podem apresentar indicadores de ansiedade e depressão pelo seu contexto familiar, relacionado aos cuidados da criança autista. Além disso, outros fatores individuais podem ser discutidos. MC1 descobriu sua segunda gravidez no mês em que a avaliação pós-intervenção foi realizada. Ao considerar o histórico médico-psicológico de MC1, a participante relata ter sido diagnosticada com depressão após o parto do seu filho. De acordo com revisões sistemáticas (Kliemann et al., 2017) e integrativas (Albuquerque & Leite, 2023), históricos de depressão e outros transtornos mentais são fatores de risco para depressão e ansiedade na gestação, o que pode explicar a piora dos sintomas da participante. No caso de MC2, a participante relatava não ser apoiada em casa pelo seu marido. MC3, por sua vez, vivenciou duas trocas de emprego após o término da avaliação. A participante saiu de um dos seus dois empregos quando a avaliação de *follow-up* de três meses foi realizada, e iniciou em outro durante a avaliação de *follow-up* de seis meses.

Além disso, MacKenzie e Eack (2022) e Yu et al. (2019) apontam que intervenções de orientação parental voltadas exclusivamente ao desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais podem apresentar efeitos modestos sobre a saúde mental dos cuidadores. Embora a intervenção fundamentada no Promove-Pais proponha uma abordagem ampliada, na qual as queixas apresentadas pelos participantes em cada sessão são consideradas e relacionadas à temática do encontro, mesmo quando não estão diretamente vinculadas à parentalidade, o programa não tem como objetivo a intervenção direta sobre a saúde mental dos participantes. Dessa forma, embora variáveis relacionadas à saúde mental possam ser abordadas no decorrer das sessões, a intervenção não se caracteriza por atuar diretamente sobre sintomas de ansiedade e depressão dos participantes, uma vez que seu foco principal permanece no desenvolvimento e no aprimoramento das habilidades sociais educativas parentais.

Outro fator importante, descrito por Schnabel et al. (2020) em sua revisão sistemática e meta-análise, refere-se ao tipo de avaliação utilizado para mensurar indicadores de saúde mental, o qual pode influenciar os resultados encontrados. Os autores observaram que medidas de autorrelato aplicadas a pais de crianças autistas tendem a indicar níveis mais elevados de sintomas de depressão e ansiedade quando comparadas às avaliações realizadas por meio de entrevistas diagnósticas (Schnabel et al., 2020). As entrevistas diagnósticas avaliam o impacto funcional dos sintomas, especialmente quando há comorbidades entre ansiedade e depressão. Assim, sugere-se que pesquisas futuras utilizem instrumentos mais sensíveis e específicos, como entrevistas diagnósticas, para monitorar e avaliar possíveis transtornos dos cuidadores, com o objetivo de reduzir vieses de autorrelato e identificar o impacto dos sintomas. Da mesma forma, como previsto por Silva (2016), que pesquisas futuras possam permitir que a amostra tenha acesso a serviços de saúde mental,

considerando a complexidade relacionada aos cuidados de crianças autistas em intervenções e que tem como objetivo intervir exclusivamente sobre habilidades sociais educativas parentais.

Em conclusão, não é possível afirmar que o programa de orientação parental provocou efeitos significativos nos indicativos de saúde mental dos cuidadores, além de ser possível hipotetizar que a piora observada pode ter sido influenciada pelo contexto histórico e dos instrumentos utilizados.

Em contrapartida, efeitos sobre as HSE-P foram observados. Os participantes da Dupla 1 e MC3 apresentaram melhora ou recuperação em variabilidade, de acordo com o Método JT, a partir do instrumento RE-HSE-P. MC3 também apresentou melhora na frequência dessas respostas na última avaliação realizada. Também há melhora observada sobre variáveis de contexto e total positivo, no critério de variabilidade, para os mesmos participantes. Considerando que a Dupla 1 apresentava reservas comportamentais (repertório comportamental anterior à intervenção) em HSE-P (critério de frequência), é possível hipotetizar que a intervenção atuou enquanto um fator preventivo e de manutenção dessas habilidades.

Os dados obtidos a partir da Checklist RE-HSE-P convergem com os dados obtidos para a dupla 1 e apresentam diferenças em relação àqueles apresentados pela dupla 2, em comparação com o RE-HSE-P (frequência). Ressalta-se que os dados a seguir serão comparados a partir das mesmas medidas de avaliação que ocorreram em ambos os instrumentos. Na Checklist, observa-se que MC1 e PC1 apresentam escores elevados desde o início da intervenção. Posteriormente, MC1 e PC1 apresentam grande oscilação em duas avaliações não avaliadas pelo RE-HSE-P. Porém, ao comparar os dados coletados pelos dois instrumentos nas avaliações pré, pós, follow up de 3 e 6 meses, observa-se convergência dos dados obtidos: estabilidade em HSE-P para a dupla 1. Assim, a intervenção pode ter funcionado enquanto um fator protetivo para a habilidade avaliada.

Por sua vez, há maior diferença nos resultados da Dupla 2 ao comparar os instrumentos. Enquanto o RE-HSE-P descreve uma tendência de melhora para ambas as participantes, a Checklist indica uma queda para MC2 na avaliação pós intervenção, seguida de recuperação nas avaliações de *follow-up,* e MC3 indica queda na avaliação de *follow-up* de 6 meses. A diferença observada pode estar relacionada com a forma de avaliação: o primeiro instrumento captura informações referentes à frequência semanal de emissão das respostas a partir de uma descrição topográfica de comportamentos. Enquanto o segundo, mesmo que também busque avaliar a frequência da mesma maneira que o instrumento anterior, também realiza uma avaliação funcional dos comportamentos dos pais e dos filhos, considerando antecedentes e consequentes envolvidos na interação, permitindo classificar as respostas parentais a partir da função. Assim, as diferenças entre os resultados e as formas de avaliação sugerem que os instrumentos podem estar captando aspectos distintos do repertório parental.

A melhora observada a partir do RE-HSE-P assemelha-se ao encontrado por Bolsoni-Silva et al. (2008a) e Bolsoni-Silva e Borelli (2012) em seus trabalhos que objetivavam desenvolver HSE-P em grupo de pais, quanto às categorias de comunicação, expressividade de afeto e consistência. Os resultados também condizem com o que foi observado por Grassi (2025) e Oliveira (2025), que realizaram a aplicação do Promove-Pais com a mesma biblioterapia utilizada no presente estudo em atendimentos individuais, e obtiveram mudanças clinicamente significativas sobre as práticas parentais positivas dos responsáveis. Também é semelhante ao observado por Pianovski e Silveira (2021), em uma intervenção on-line de duração reduzida, utilizando o Promove-Pais.

Além dos dados estatísticos, observou-se qualitativamente que todos os responsáveis relataram em entrevista melhora em suas práticas nas avaliações pós-intervenção. Os participantes descreveram maior uso de práticas positivas, e maior percepção e correção sobre o uso de práticas coercitivas e da inconsistência na aplicação de limites. Tais relatos podem indicar que os participantes tornaram-se mais críticos sobre seus comportamentos educativos em decorrência do refinamento do seu repertório de autoconhecimento ao longo da intervenção, assim como posto por Skinner (1974). De acordo com Skinner (1953/2003), o autoconhecimento é fundamental para o monitoramento e autocontrole dos próprios comportamentos. As mudanças observadas, tanto estatisticamente quanto qualitativamente, sugerem que a intervenção foi efetiva para desenvolver habilidades sociais educativas parentais.

O relato de PC1, ao sinalizar sua participação ativa na intervenção (p. 51-52), ressalta a importância do modelo colaborativo de Webster-Stratton e Hebert (1993), presente no programa Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018). No modelo colaborativo, há uma relação de equilíbrio entre o terapeuta e cliente; os temas trabalhados alinham-se com as queixas dos pais e há discussão das ideias de forma horizontalizada, com a ausência de imposições sobre certo e/ou errado. Essas características facilitam a adesão e participação dos responsáveis no processo terapêutico.

Já em relação às práticas negativas, observa-se que houve redução da variabilidade topográfica utilizada na interação entre pais e filhos. Ressalta-se que os participantes iniciaram a intervenção emitindo-as em alta variabilidade, mas em baixa frequência. Ao término, observou-se uma diminuição na variabilidade e a estabilidade na frequência.

A intervenção pode ter contribuído enquanto um fator de proteção/manutenção dos repertórios não clínicos dos participantes. Por sua vez, a queda na variabilidade pode ser justificada a partir do aumento das HSE-P, já que estas respostas podem exercer funções semelhantes a comportamentos agressivos e coercitivos, que compõem as práticas negativas. O uso de práticas negativas e coercitivas, presentes nos comportamentos parentais para estabelecimentos de limites,

possuem um objetivo específico: garantir que as crianças se comportem da forma como os adultos gostariam. E as HSE-P, também tem o mesmo objetivo, mas sem a utilização de coerção ou punições. Assim, os dados permitem sugerir que pode ter ocorrido uma substituição funcional de práticas negativas por formas mais positivas de estabelecimento de limites.

Ao observar os dados obtidos pela Checklist, observa-se que todos os participantes apresentam tendência de redução à zero para limites negativos, convergindo com os dados obtidos a partir do RE-HSE-P. Porém, os dados obtidos à respeito de limites positivos não apresentaram tendência linear de melhora. Isso pode acontecer pois o instrumento avalia a frequência, e pouco a topografia das respostas. Os pais, especialmente da dupla 1, que iniciaram com altos escores para limites positivos, podem ter apresentado melhora na topografia das respostas (corroborado pela melhora em HSE-P no critério de variabilidade), e a checklist, enquanto um instrumento majoritariamente de frequência, não capta essa mudança. Assim como descrito por Goldiamond (1974/2002), ao identificar a função de comportamentos problema, o clínico deve ensinar o indivíduo a emitir respostas funcionalmente equivalentes, para que o cliente possa obter os mesmos reforçadores que encontra ao emitir uma resposta considerada problemática. Quando os pais utilizam HSE-P para estabelecer limites, não precisam utilizar práticas negativas para tal.

Os dados obtidos foram observados em outras intervenções de orientação parental: a meta-análise de Leijten et al. (2018), focada exclusivamente no programa *Incredible Years,* analisou 14 ensaios clínicos randomizados e identificou uma redução significativa em práticas parentais negativas nos participantes que foram submetidos às intervenções. O dado também corrobora com outros achados: Grassi (2025) e Oliveira (2025) também utilizaram o programa Promove-Pais (Bolsoni-Silva et al., 2018) com biblioterapia “Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática” com pais de crianças com autismo, nível de suporte 2, e obtiveram redução nas práticas negativas.

Observa-se que MC2 manteve-se estável em seu repertório de práticas negativas até a avaliação de *follow-up* de seis meses. Essa estabilidade pode estar relacionada com as aspectos de coparentalidade relatadas pela participante na entrevista semi-estruturada e durante a aplicação do RE-HSE-P (Bolsoni-Silva et al., 2016; Bolsoni-Silva et al., 2024). A participante indicou que o pai de C2, não participante do estudo, desaprovava suas práticas de comunicação e negociação com o filho, e não apresentava disponibilidade para conversar sobre a criança com MC2, ignorando-a ou apresentando comportamentos ameaçadores e agressivos. Além disso, a responsável verbalizou nas entrevistas pré, pós e de *follow-up* de três meses que ela e seu cônjuge não apresentavam concordância sobre as práticas parentais, a tomada de decisões em relação ao filho e o compartilhamento de responsabilidades em relação aos cuidados da criança. Na última entrevista, durante a avaliação de *follow-up* de seis meses, a participante relatou que ela e seu marido passaram

a concordar com maior frequência. Nesse mesmo período, foi observado alteração nos escores relacionados a práticas negativas. Considerando que a relação entre conjugalidade e a eficácia de programas de orientação parental é significativa (Oliveira, 2024), uma vez que a qualidade da interação entre os cuidadores pode influenciar diretamente a manutenção e generalização das intervenções, parte-se da análise de que os comportamentos são influenciados e mediados por variáveis que vão além da contingência direta entre mãe e filho (Goldiamond, 1974/2002). Assim, é possível levantar a hipótese de que a melhora nos aspectos de coparentalidade e conjugalidade também tenha influenciado as práticas parentais dessa responsável.

Intervenções como o Promove-Pais, *Incredible Years*, *Triple P* e PQIF não foram originalmente desenvolvidas para abranger todas as especificidades que influenciam a parentalidade de responsáveis por indivíduos autistas. Esses programas têm como o foco o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais e a redução de práticas negativas, por meio do estabelecimento de novas contingências ambientais na relação pais-filhos, especialmente em contextos em que as crianças apresentam problemas de comportamento. Quando os dados indicam redução de práticas negativas de responsáveis por crianças TEA com problemas de comportamento, sugere-se que os efeitos observados podem estar relacionados menos ao diagnóstico em si e mais à modificação de variáveis funcionais presentes nas interações familiares. Nesse sentido, entende-se que os programas de orientação parental, especialmente o Promove-Pais, podem promover alterações comportamentais relevantes nos responsáveis, independente do diagnóstico da criança. Ressalta-se que a biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática" não apresenta alterações nas condutas inicialmente sugeridas pela biblioterapia original do programa, mas acrescenta informações relacionadas às especificidades do TEA.

Uma etapa do programa que pode ter influenciado os resultados (os déficits superados ou ainda mantidos), relaciona-se com a realização das tarefas de casa pelos participantes ao longo da intervenção. Tanto o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) quanto outros programas que têm como objetivo desenvolver habilidades sociais educativas parentais (Weber et al., 2018; Quitério et al., 2021) utilizam tarefas enquanto processo para checar a generalização das habilidades treinadas durante as sessões de intervenção e favorecer a identificação de variáveis controladoras e mantenedoras dos comportamentos dos envolvidos (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018).

No presente estudo, foi observado que os participantes, mesmo com faltas nas datas inicialmente programadas, participaram de todos encontros após remarques. Diferentemente do que foi apresentado por Silva (2022), que sugere que os atendimentos realizados de maneira remota e em grupo podem prejudicar a adesão dos participantes, o dado referente à presença dos participantes indica que a intervenção remota utilizando o Promove-Pais favoreceu o acesso dos

responsáveis. Assim como descrito por Antill (2020) e Ferreira et al. (2016), a modalidade remota de intervenção amplia o acesso aos serviços em ABA. Isto ocorre possivelmente pela diminuição das barreiras, como de custo e deslocamento às clínicas destinadas à intervenção. Além disso, em uma perspectiva de saúde pública e acesso à informação de qualidade, a formação de grupos beneficia um número ainda maior de pessoas (Silva, 2016), também pode diminuir filas de espera, contribui para a formação de grupos comunitários de suporte social, e permite que profissionais capacitados acessem famílias que dificilmente poderiam assistir por barreiras geográficas.

Em relação às tarefas de casa, os participantes entregaram aproximadamente 68% das tarefas. A participante (MC3) com menos entregas de tarefas foi aquela que sofreu alterações em suas práticas negativas apenas na avaliação de *follow-up* de seis meses. Por sua vez, a participante com mais entregas (MC2) foi aquela que apresentou recuperação e melhora em habilidades sociais educativas parentais e recuperação em práticas negativas, de acordo com o Método JT e os critérios de Villa e Aguiar (2012). Apesar de fazerem parte da mesma dupla, obtiveram resultados distintos ao término da intervenção, indo de acordo com o que sinalizam Clarke et al. (2015) e Danko et al. (2016): há melhores resultados e aproveitamento das habilidades ensinadas na intervenção quando os indivíduos se envolvem na execução das tarefas de casa. Considerando que as tarefas de casa permitem ao clínico identificar variáveis, fazer perguntas para descrever contingências, modelar respostas e realizar role playing para o ensino das habilidades (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), sem essas informações, o treino adicional pode ocorrer de forma deficitária, através dos exemplos e contextos de outros participantes que participam do grupo, e não a partir da realidade do participante. Isso explica por que MC3 necessitou menos ensinos diretos, pois estes são determinados a partir da entrega das tarefas (Protocolo de Acompanhamento de Tarefas de Casa; Santana et al., 2022). Quando o responsável realiza a tarefa de casa, é submetido a perguntas de reflexão pelo terapeuta, podendo ficar sob controle das variáveis que influenciam seu comportamento. A partir desse processo de autoconhecimento, o responsável pode realizar o monitoramento e o autocontrole dos próprios comportamentos na relação com seu filho (Skinner, 1953/2003). De maneira concomitante, em sessão, o terapeuta pode utilizar de técnicas comportamentais, como o *roleplaying*, modelagem e modelação, para que estes se comportem ou continuem a se comportar de formas diferentes.

Camelo et al. (2024) avaliou as tarefas de casa em intervenções voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais, e observou, qualitativamente, que as consequências fornecidas pelos cuidadores aos comportamentos infantis incluíam punições verbais e físicas. Semanalmente, ajustes e inclusões eram feitos na intervenção para modelar novas respostas. Ao passar dos encontros, observou também o aumento de práticas parentais positivas

para estabelecimento de limites. Esta análise indica a importância do acompanhamento das tarefas de casa nas intervenções com pais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia que programas de orientação parental, quando realizados a partir de uma formulação de caso, apresentam resultados consistentes sobre as práticas parentais positivas e negativas de responsáveis por crianças autistas. A intervenção forneceu aos responsáveis repertórios funcionalmente equivalentes para as práticas negativas, diminuindo-as e aumentando o repertório de habilidades sociais educativas parentais, a partir da utilização do programa Promove-Pais. Essas mudanças representam variáveis relevantes para alterações, posteriormente, aos comportamentos das crianças.

Porém, evidencia-se os resultados imprecisos sobre a influência da intervenção sobre saúde mental dos responsáveis. Novos estudos podem se beneficiar de instrumentos que não sejam de autorrelato para avaliação diagnóstica e acompanhamento de indicadores de saúde mental, e realizar um encaminhamento para um atendimento que possa suprir as demandas relacionadas à saúde mental, assim como previsto por Silva (2016). Ainda em relação à saúde mental, este estudo não avaliou o estresse dos cuidadores, sendo esta uma variável de influência sobre as práticas parentais e que é acompanhada em outros estudos nesta temática.

O estudo ressalta a importância da intervenção com os pais e os benefícios a eles atribuídos, seja essa intervenção realizada de forma individual ou com mais de um responsável pela criança presentes. Porém, fica evidente que a participação através da realização das tarefas de casa possui influência sobre os indicadores ao término da intervenção.

Ressalta-se, enquanto ponto positivo, a adesão dos responsáveis, que participaram do estudo do início ao fim e entregaram mais de 65% das atividades propostas, indicando, portanto, validade social. Silva (2022), ao realizar uma intervenção combinada utilizando o Promove-Pais e o Promove-Crianças, sugeriu que novas pesquisas fossem feitas para avaliar se intervenções remotas prejudicam a adesão dos participantes. Após a realização do presente estudo, implementado integralmente de forma remota, observa-se que essa modalidade não trouxe prejuízos à participação dos responsáveis. Pelo contrário, o formato online parece ter favorecido sua adesão ao programa, uma vez que todos os participantes estiveram presentes nos encontros realizados. Além disso, considerando que os participantes eram provenientes de diferentes cidades, a modalidade remota possibilitou a realização dos encontros de forma síncrona, eliminando a necessidade de deslocamentos e viabilizando a participação dos responsáveis independentemente de sua localização geográfica.

Outras pesquisas, como as de Grassi (2025), Pianovski e Silveira (2021) e Souza (2023), fortalecem a conclusão de que o atendimento on-line não foi um impeditivo. Além de favorecer a adesão, o formato remoto e grupal pode ampliar o acesso de diversos responsáveis ao processo de orientação parental, e reduzir os custos de atendimentos clínicos a essas famílias (que, inicialmente, buscam atendimentos para a criança, e que pode necessitar de mais de uma hora semanal de intervenção para desenvolver as habilidades necessárias).

Porém, enquanto limitação, está a baixa participação paterna, e assim como sugerido por Bolsoni-Silva et al. (2008), estudos futuros podem ser realizados para comparar os efeitos da intervenção sobre as práticas parentais positivas, negativas e saúde mental quando mães e pais participam em conjunto, em uma amostra maior. Assim, a coparentalidade também pode ser acompanhada, enquanto uma variável de influência sobre a parentalidade.

Este foi o primeiro estudo a realizar a intervenção utilizando o Promove Pais com pais de crianças com autismo no nível de suporte 1, e os resultados podem indicar que o programa, com a biblioterapia "Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática", é eficaz a este nível de suporte para a melhora de práticas parentais positivas e redução de práticas parentais negativas. Estudos anteriores, como de Grassi (2025) e Oliveira (2025) indicavam eficácia para pais de nível de suporte 2. Novas pesquisas, com delineamento de linha de base múltipla entre participantes, semelhante ao que foi realizado por Oliveira (2025), e com amostras maiores, podem fortalecer a ideia de eficácia do programa com a biblioterapia adaptada para responsáveis por crianças com autismo, nível de suporte 1.

REFERÊNCIAS

Aguiar, A. A. R., Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção* (1. ed.). Editora da Universidade Federal de São Carlos.

American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Antill, K. (2020). Family-Centered Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorder. Intervention in School and Clinic, 55, 185-191. doi: 10.1177/1053451219842240

Arruabarrena, I., Rivas, G. R., Cañas, M., & De Paúl, J. (2022). The Incredible Years parenting and child treatment programs: A randomized controlled trial in a child welfare setting in Spain. Psychosocial Intervention, 31(1), 43–58. https://doi.org/10.5093/pi2022a2

Baker, J. K., Fenning, R. M., Erath, S. A., Baucom, B. R., Messinger, D. S., Moffitt, J. M., Kaeppler, A., & Bailey, A. (2020). *Respiratory sinus arrhythmia, parenting, and externalizing behavior in children with autism spectrum disorder.* Autism, 24(1), 109–120. https://doi.org/10.1177/1362361319848525

Barbosa, I. G., Rodrigues, D. H., Rocha, N. P., Simões-e-Silva, A. C., Teixeira, A. L., & Kummer, A. (2015). Propriedades psicométricas da escala de responsividade social-2 para transtornos do espectro autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 64*, 230–237.

Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L., & Scahill, L. (2015). Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 170–182. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5

Bergerot, C. D., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF, 19*, 187–197.

Bolsoni-Silva, A. T., & Borelli, L. M. (2012). Treinamento de habilidades sociais educativas parentais: Comparação de procedimentos a partir do tempo de intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *12*(1), 36–58.

Bolsoni-Silva, A. T., & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove-Pais: Treinamento de habilidades sociais educativas: Um guia teórico e prático* (1ª ed.). Hogrefe.

Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2010). Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). *Avaliação Psicológica, 9*(1), 63–75.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. (2016). *Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P): Manual técnico*. São Paulo: Hogrefe/Cetepp.

Bolsoni-Silva, A. T., Oliveira, J. E., & Loureiro, S. R. (2024). Roteiro de Entrevista de Habilidades sociais educativas para pais (RE-HSE-P): Estudos de Validade Confirmatória. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/10619

Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008a). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *10*(2), 125-142. Recuperado em 24 de setembro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000200002&lng=pt&tlng=pt.

Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Ribeiro, D. C. (2008b). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, *1*(1), 19-27. Recuperado em 24 de setembro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822008000100003&lng=pt&tlng=pt

Bolsoni-Silva, A. T., Weber, L. N. D., & Alvarenga, P. (2017). Orientação de pais na prática clínica.

Borges, L., Otoni, F., Lima, T. H., & Schelini, P. W. (2023). *Social Responsibility Scale (SRS-2): Validity evidence based on internal structure.* Psicologia: Teoria e Pesquisa, 39(spe), e39nspe11. https://doi.org/10.1590/0102.3772e39nspe11.en

Camelo, B. L., Silva, J. P., & Quiterio, P. L. (2024). Grupo de orientação familiar: Avaliação processual do programa por meio das tarefas de casa. Revista Sustinere, 12(1), 264–284. https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.64267

Carneiro, A.C.C., Brassolatti, I.M., Nunes, L.F.S., Damasceno, F.C.A., & Cortez, M.D. (2020). Ensino de pais via telessaúde para a implementação de procedimentos baseados em aba: Uma revisão de literatura e recomendações em tempos de COVID-19. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, 16 (2), 148-173.doi: http:// dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i2.9608

Chaim, M. P. M., Costa Neto, S. B. da, Pereira, A. F., & Grossi, F. R. da S. (2019). Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: Revisão da literatura. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 19*(1), 9–34. https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p9-34

Clarke, A., Marshall, S., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., Patterson, A., Jawada, F., & Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*(1), 58–67. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794697

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2020). SRS-2: Escala de Responsividade Social (L. Borges & N. Hauck Filho, Adapt.; 2ª ed.). Hogrefe. (Obra original publicada como Social Responsiveness Scale, Second Edition).

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

Danko, C., Brown, T., Van Schoick, L., & Budd, K. S. (2016). Predictors and correlates of homework completion and treatment outcomes in parent–child interaction therapy. *Child & Youth Care Forum, 45*(3), 467–485. https://doi.org/10.1007/s10566-015-9339-5

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2012). Intervenções Baseadas em Evidências e Método JT. In M. B. Villa, A. A. R. Aguiar, & Z. A. P. Del Prette (Eds.), *Intervenções Baseadas em Evidências: aplicações do método JT* (pp. 11–25). São Carlos: EdUFSCar.

Downes, N., & Cappe, E. (2021). Coparenting a child on the autism spectrum: A systematic review and call for research. *Journal of Child and Family Studies, 30*(2), 388–402. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01884-1

Falcão, A. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). *Promove crianças: Treinamento de habilidades sociais* (1ª ed.). Hogrefe.

Ferreira, L. A., Silva, A. J. M., & Barros, R. S. (2016). Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo. Revista Perspectivas em Análise do Comportamento, 7(1), 101-113. https://doi. org/10.18761/pac.2015.034

Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., Chen, M.-F., Soong, W.-T., & Wu, Y.-Y. (2010). *Behavioral problems and parenting style among Taiwanese children with autism and their siblings.* Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64(1), 70–78. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02034.x

Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behavior and Social Issues, 11*(2), 108–197. (Original work published 1974).

Grassi, M. F. (2025). *Intervenções comportamentais na promoção de práticas educativas com responsáveis por crianças autistas: Revisão rápida de literatura e estudo clínico* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, SP, Brasil).

Gurwitch, R. H., Salem, H., Nelson, M. M., & Comer, J. S. (2020). Leveraging parent–child interaction therapy and telehealth capacities to address the unique needs of young children during the COVID-19 public health crisis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S82–S84. https://doi.org/10.1037/tra0000863

Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2021). Practitioner review: Parenting interventions for child conduct problems: Reconceptualising resistance to change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62*(10), 1166–1174. https://doi.org/10.1111/jcpp.13378

Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Godoy, A. (2020). A proposed model for the psychometric evaluation of clinical case formulations with quantified causal diagrams. *Psychological Assessment, 32*(6), 541–542. https://doi.org/10.1037/pas0000818

Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology, 11*(2), 228–239. https://doi.org/10.1037/h0076460 In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & Teodoro (Orgs.), *Propsico Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde* (Vol. 4, pp. 69–140). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1), 12-19.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16*(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T. de C. J., Foschiera, L. N., & Habigzang, L. F. (2020). Estilos, práticas ou habilidades parentais: Como diferenciá-los? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16*(1), 2–9. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20200002

Layng, T. V. J., Andronis, P. T., Codd, R. T., III, & Abdel-Jalil, A. (2022). *Non-linear contingency analysis: Going beyond cognition and behavior in clinical practice*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003141365

Leaf, J. B., Cihon, J. H., Weinkauf, S. M., OppenheimLeaf, M. L., Taubman, M., & Leaf, R. (2017). Parent training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorder. In J. L. Matson (Ed.) Handbook of early intervention for autism spectrum disorders (5 ed., Vol. 36, pp. 109–125). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61738-1_8

Leijten, P., Gardner, F., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., Bonin, E.-M., & Scott, S. (2018). Research review: Harnessing the power of individual participant data in

a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 59*(2), 99–109. https://doi.org/10.1111/jcpp.12781

Li, B., Bos, M. G., Stockmann, L., & Rieffe, C. (2020). Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism, 24*(1), 200–210. https://doi.org/10.1177/1362361319874644

Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders, 102*, 102389. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102389

Lin, X., Su, X., Huang, S., Liu, Z., Yu, H., Wang, X., Lin, L., Cao, M., Li, X., & Jing, J. (2023). Association between maternal parenting styles and behavioral problems in children with ASD: Moderating effect of maternal autistic traits. *Frontiers in Psychiatry, 14*, Article 1107719. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1107719

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (4th ed., Vol. 4, pp. 1–101). Wiley.

Maciel-Portes, J. R., Lima Carvalho-Amorim, M. V., & Vieira, M. L. (2022). Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: Estudo correlacional. *Acta Colombiana de Psicología, 25*(2), 78–89. https://doi.org/10.14718/acr2022.25.2.5

MacKenzie, K. T., & Eack, S. M. (2022). Interventions to improve outcomes for parents of children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 52*(7), 2859–2883. https://doi.org/10.1007/s10803-021-05164-9

Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism

spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(3), 501–512. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1894-8

Martins, C. G. B. (2021). Depressão, ansiedade e habilidades sociais em ingressantes do curso de Psicologia: caracterização e intervenção [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências]. Repositório institucional da UNESP.

Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., Lim, P. Y., Lin, C. T., & Narayanasamy, S. G. (2022). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for children with behavioral problems: An experience in a developing country during a pandemic. Children and Youth Services Review, 142, Article 106629. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106629

Merriman, K., Burke, T., & O'Reilly, G. (2020). A systematic review of the effectiveness and efficacy of clinician-led psychological interventions for parents of children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders, 76*, 101584. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101584

Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L., & Crippa, J. A. de S. (2016). *Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire.* Temas em Psicologia, 24(1), 367–376. https://doi.org/10.9788/TP2016.1-25

Mostarda, A. P. A., Santos, J. F. dos, Costa, L. de S., Zeidan, F. T. B., Pacheco, E. F., Garcês, L. M., Ferreira, A. C., Façanha, R. C., Dias Filho, C. A. A., Dias, C. J. M., Nascimento, M. A. do, Soares Junior, N. de J. S., & Mostarda, C. T. (2024). Análise sobre níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Caderno Pedagógico, 21*(10), e9643. https://doi.org/10.54033/cadpedv21n10-305

Naito, A. C. P. R., & Teixeira, M. C. T. V. (2025). Orientação parental na psicoterapia de filhos com transtornos do neurodesenvolvimento. In A. B. Chamati & C. M. Pereira (Orgs.), *Parentalidade: Teoria e prática clínica sob a ótica da análise do comportamento* (pp. 357–366). Editora Instituto Par.

Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R., & Andersen, M. J. (2000). *Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(5), 592–602. https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00013

Oliveira, T., Grassi, M. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2024). *Práticas educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA* (v. 1, n. 1). Juruá Editora.

Oliveira, T. (2025). *Efeitos do promove-pais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)* (Tese de Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru.

Padden, C., & James, J. E. (2017). Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: A comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 29*(4), 567–586. https://doi.org/10.1007/s10882-017-9547-z

Quitério, P. L.; Leme, V. B. R.; Carmo, M. M. I. do B.; Pires, J.; Camelo, B. S. (2021). Programa de orientação familiar desenvolvido no Serviço de Psicologia Aplicada de uma universidade pública. Psicologia Clínica, 33(1), 119–139. https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n01A06

Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(7), 1609–1620. https://doi.org/10.1007/s10803-013-2028-z

Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Family Relations, 63*(4), 617–629. https://doi.org/10.1111/fare.12073

Sanders, M. R., Stallman, H. M., & McHale, M. (2011). Workplace Triple P: A controlled evaluation of a parenting intervention for working parents. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 581–590. https://doi.org/10.1037/a0024522

Santana, F. A. L., Souza, A. M. T. de, Nunes, F. N., & Bolsoni-Silva, A. T. (2022). Estudo piloto do programa Promove-Universitários em ambiente virtual. *Latin American Journal of Business Management*, *13*(1). https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/698

Santos Silva, L., de Farias Leite, M., Feitosa, A. L. B., & Faro, A. (2023). Propriedades psicométricas da GAD-7 no Brasil. *Psico, 54*(1), e39902. https://doi.org/10.1590/1980-390X2023v54e39902

Schmidt, C., & Bosa, C. (2007). Estresse e autoeficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 59*(2), 211–220.

Schnabel, A., Youssef, G. J., Hallford, D. J., Hartley, E. J., McGillivray, J. A., Stewart, M., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism, 24*(1), 26–40. https://doi.org/10.1177/1362361319844636

Silva, M. E. M. (2022). *Intervenção ampliada baseada nos programas Promove Pais e Promove Crianças sobre o status sociométrico de rejeição em escolares* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Repositório da USP. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20122022-113551/

Silva, N. A. (2016). Manejo de problemas de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista: Estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental (Dissertação de mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie). Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Skinner, B. F. (2003). Ciência e comportamento humano. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)

Souza, J. F. de. (2023). Programa de intervenção on-line em práticas parentais e habilidades sociais educativas para familiares de filhos com Transtorno do Espectro Autista (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Instituto de Psicologia. http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/21818

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 10921097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Sturmey, P. (2022). *Análise funcional em psicologia clínica* (1ª ed.) [e-book]. EDUEL.

Sullivan, A. D. W., Forehand, R., Acosta, J., Parent, J., Comer, J. S., Loiselle, R., & Jones, D. J. (2021). COVID-19 and the acceleration of behavioral parent training telehealth: Current status and future directions. *Cognitive and Behavioral Practice, 28*(4), 618–629. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.06.012

Torós, D. (1997). O que é diagnóstico comportamental. In M. Delitti (Org.), Sobre comportamento e cognição (pp. 98–103). Arbytes.

Villa, M. B., & Aguiar, A. A. R. (2012). Método JT: uma ferramenta alternativa para avaliação de intervenções. In M. B. Villa, A. A. R. Aguiar, & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Intervenções baseadas em evidências: aplicações do método JT* (Vol. 1, pp. 51–78). Edufscar.

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2018). *Programa de qualidade na interação familiar: Manual para aplicadores* (3ª ed.). Juruá.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2004). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. *The Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(3), 196–210.

Webster-Stratton, C. (2020). The Incredible Years Parent, Teacher and Child Programs: Foundations and future. In M. E. Feinberg (Ed.), *Designing evidence-based public health and prevention programs: Expert program developers explain the science and art*. Routledge.

Yesilkaya, M., & Magallón-Nery, E. (2024). Parental stress related to caring for a child with autism spectrum disorder and the benefit of mindfulness-based interventions for parental stress: A systematic review. *SAGE Open, 14*(2), 1–14. https://doi.org/10.1177/21582440241235033

Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). *The association between emotional and behavioral problems in children with Autism Spectrum Disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(10), 3393–3415. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y

Yu, Y., McGrew, J. H., & Boloor, J. (2019). Effects of caregiver-focused programs on psychosocial outcomes in caregivers of individuals with ASD: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(12), 4761–4779. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04181-z

Zamignani, D., & Meyer, S. B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(1), 25–45. https://revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/47/35

Zettle, R. D. (2020). Treatment manuals, single-subject designs, and evidence-based practice: A clinical behavior analytic perspective. The Psychological Record, 70(4), 649–658. https://doi.org/10.1007/s40732-020-00394-2

Estudo 2: Efeitos comportamentais em crianças autistas, nível de suporte 1, após participação dos seus responsáveis no programa Promove-Pais

Resumo

Indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista podem apresentar comportamentos internalizantes e externalizantes, frequentemente relacionados a déficits em habilidades de comunicação e interação social. Dentre as variáveis multifatoriais que contribuem para o surgimento e manutenção de comportamentos problema estão as práticas parentais negativas, enquanto práticas parentais positivas são fatores de prevenção/proteção. Diante disso, este estudo teve como objetivo descrever os efeitos de uma orientação parental baseada no Promove-Pais, que intervém para desenvolver práticas parentais positivas, sobre o repertório social e problemas de comportamento de crianças autistas pré-escolares, nível de suporte 1. Foi utilizado o delineamento de sujeito único, com a participação de quatro adultos (um casal, compondo a dupla 1, e duas mães, pareadas por conveniência, compondo a dupla 2) e três crianças do sexo masculino, com idades entre 4 e 5 anos. Os responsáveis participaram de um programa interventivo mediado pelo Promove-Pais com a biblioterapia "Práticas Educativas a Responsáveis por Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista". Para avaliação do repertório das crianças, foram realizadas uma sondagem e avaliações de linha de base antes da intervenção, além de avaliação intermediária, pós-intervenção e de *follow-up* de 3 e 6 meses. Os resultados deste estudo indicam que as crianças apresentaram ampliação do repertório social, bem como a redução de problemas de comportamento, tanto em termos de variabilidade (avaliado pelo RE-HSE-P) e em frequência (a partir do relato dos responsáveis). Na avaliação de *follow-up* de seis meses, observou-se um aumento na frequência de comportamentos problema, acompanhada também de maior descrição dos pais das variáveis mantenedoras destes comportamentos. Nesse sentido, a aplicação do Promove-Pais mostrou-se efetiva para essa amostra, enquanto uma prevenção universal e seletiva, ao incluir participantes que apresentavam tanto critérios clínicos e não clínicos em habilidades sociais e problemas de comportamento.

Palavras chave: Orientação Parental; Transtorno do Espectro Autista; Habilidades Sociais; Problemas de Comportamento.

Abstract

Individuals diagnosed with Autism Spectrum Disorder may present internalizing and externalizing behaviors, often related to deficits in communication and social interaction skills. Among the multifactorial variables that contribute to the emergence and maintenance of problem behaviors are negative parenting practices, whereas positive parenting practices act as prevention and protective factors. In this context, the present study aimed to describe the effects of a parent training intervention based on the Promove-Pais program, which seeks to develop positive parenting practices, on the social repertoire and behavioral problems of preschool-aged autistic children with support level 1. A single-subject design was used, with the participation of four adults (a couple, comprising pair 1, and two mothers matched by convenience sampling, comprising pair 2) and three male children aged between 4 and 5 years. The caregivers participated in an intervention program mediated by Promove-Pais together with the bibliotherapy "Educational Practices for Caregivers of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder." To evaluate the children's behavioral repertoire, screening and baseline assessments were conducted prior to the intervention, in addition to intermediate, post-intervention, and 3- and 6-month follow-up assessments. The results of this study indicate that the children showed an expansion of their social repertoire, as well as a reduction in behavioral problems, both in terms of variability (assessed through the RE-HSE-P) and frequency (based on caregivers' reports). At the six-month follow-up assessment, an increase in the frequency of problem behaviors was observed, accompanied by greater parental description of the variables maintaining these behaviors. In this sense, the application of Promove-Pais proved effective for this sample as both a universal and selective prevention strategy, since it included participants who presented both clinical and non-clinical criteria regarding social skills and behavioral problems.

Keywords: Parent Training; Autism Spectrum Disorder; Social Skills; Behavior Problems.

INTRODUÇÃO

Os critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista (TEA) descrevem a presença de déficits na comunicação e interação social, além da presença de comportamentos restritos e repetitivos de comportamento. Os déficits na comunicação social e interação social são marcados por dificuldades na reciprocidade sócio-emocional, na comunicação não-verbal e no estabelecimento de relações sociais com outros indivíduos (APA, 2013). Enquanto isso, os comportamentos restritos e repetitivos são caracterizados pela repetição de movimentos motores e/ou palavras e preferência sobre objetos e rotinas. O DSM-5 (APA, 2013) estabelece três níveis de suporte para caracterizar as diferenças comportamentais existentes no TEA. Assim, a depender do nível de suporte e prognóstico do indivíduo, as manifestações clínicas do TEA podem variar (APA, 2013).

Ao determinar e especificar a gravidade do transtorno no momento do diagnóstico, obtém-se informações importantes sobre a evolução dos sintomas e o prognóstico da criança (Gotham et al., 2012). Gardner et al. (2018), evidenciam que indivíduos autistas que compõem o grupo de nível de suporte 1, no critério de comunicação e interação social, apresentam intelecto preservado, maior independência na prática de atividades de vida diária e menor gravidade dos sintomas presentes no TEA. Em relação aos comportamentos restritos e repetitivos, indicam maior adaptação e menos severidade. Ressalta-se que o prejuízo difere em menor ou maior grau em cada critério diagnóstico a depender de características do indivíduo, como a idade cronológica (APA, 2013).

Para exemplificar, Gray e Tongue (2001) descrevem que crianças autistas em idade pré-escolar, independente do nível de suporte, apresentam déficits no comportamento de saudação, conversação e responder ao próprio nome. Apresentam, também, déficit em expressões faciais, baixa motivação para permanecer em interação com crianças da mesma idade e preferência em manter-se sozinhas. Além disso, podem apresentar perdas de comportamentos verbais previamente adquiridos. Para Journal et al. (2024), outros déficits sociais identificados incluem menor atenção ao rosto e olhos de outras pessoas, prejuízo na atenção compartilhada e dificuldades no uso de gestos comunicativos. Li et al., (2020) em seu estudo longitudinal, adicionam que meninos autistas em idade pré-escolar apresentam déficits no controle emocional, reconhecimento das emoções e no vocabulário emocional, entendido como a capacidade de nomear, compreender e comunicar emoções. Assim, apresentam maiores dificuldades em expressar e entender seus eventos privados, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento.

Os comportamentos-problema podem ser definidos como comportamentos operantes funcionalmente equivalentes a comportamentos sociais, possivelmente em déficit no repertório comportamental da criança (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Goldiamond, 2002/1974). Deste

modo, entende-se que comportamentos problema suprem habilidades de comunicação e interação social pouco desenvolvidos e trazem benefícios ao indivíduo que se comporta, como resolução de problemas interpessoais, acesso a itens ou locais de interesse e/ou fuga de atividades pouco preferidas. São respostas evocadas por contextos antecedentes e mantidas por variáveis consequentes e reforçadoras (Alvarenga et al., 2016), produtos de interações sociais, que se alteram de acordo com as exigências do meio social (Souza, 2023).

Os comportamentos problemas, que são multideterminados, podem ser classificados enquanto comportamentos internalizantes e externalizantes, predominantes em crianças do sexo feminino e masculino, respectivamente (Bolsoni-Silva et al., 2015). Dentre as variáveis determinantes à esses comportamentos estão as variáveis demográficas da criança e configuração familiar, além de características dos pais, como parentalidade, transtornos mentais, abuso de substâncias, dificuldade de controle de impulsos e conjugalidade negativa (Bolsoni-Silva & Abbud, 2025). Algumas pesquisas indicaram que tais problemas de comportamento em crianças autistas estão mais relacionados ao funcionamento familiar e ao bem-estar dos pais do que aos sintomas principais do autismo (Yorke et al., 2018).

Assim, entende-se que a forma como os pais se comportam com seus filhos contribui enquanto um fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento de comportamentos internalizantes e externalizantes (Achenbach & Rescorla, 2001). De acordo com Gomide (2006), enquanto práticas parentais negativas parecem contribuir para o aumento de comportamentos externalizantes da criança, práticas parentais positivas parecem diminuir as chances de surgirem problemas de comportamento, pois favorecem o desenvolvimento de comportamentos habilidosos. Assim, as práticas parentais são influenciadas pelo repertório de habilidades sociais dos pais: quanto mais amplo esse repertório, maior a probabilidade de emitirem práticas parentais positivas (Orti et al., 2015; Medeiros et al., 2023). Além disso, pais socialmente habilidosos tendem a favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais dos seus filhos, seja por imitação ou modelagem (Bolsoni-Silva & Borelli, 2012).

Ao considerar que o comportamento socialmente habilidoso das crianças está diretamente relacionado às habilidades sociais educativas parentais (Boas & Bolsoni-Silva, 2010), entende-se que os comportamentos das crianças e dos pais são ambiente para a resposta do outro (Skinner, 1953/2003). Em decorrência dessa relação, intervenções feitas exclusivamente com pais, com o objetivo de desenvolver práticas parentais positivas, são observadas na literatura. Dentre eles, estão o Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF; Weber et al., 2018) e o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018) no Brasil, e os programas *Incredible Years* (Webster-Stratton & Reid, 2004) e Triple P (Sanders, 2012) que são programas internacionais. Enquanto resultado dessas

intervenções, observa-se uma redução nos problemas de comportamento internalizantes e externalizantes das crianças (Orti et al., 2015).

Os programas de orientação parental podem ser classificados como universais, seletivos ou mistos, conforme o público-alvo a que se destinam (Rojas-Andrade & Bahamondes, 2019). Programas universais são voltados à população geral, sem fator de risco, programas seletivos são direcionados a grupos com fatores de risco ou características clínicas, e programas mistos combinam elementos de ambos os tipos. A seguir, serão apresentadas algumas dessas intervenções utilizando programas diversos, mas com o mesmo público-alvo: crianças com problemas de comportamento.

O programa *Incredible Years* demonstra eficácia na promoção de práticas parentais positivas e na prevenção de problemas de comportamento infantis. Em um ensaio clínico randomizado realizado na Espanha, Arruabarrena et al. (2022) aplicaram o programa a um grupo composto por famílias com crianças entre 4 a 8 anos em situação de risco ou com histórico de maus-tratos, enquanto grupo controle recebeu um tratamento convencional. A intervenção incluiu tanto o treinamento de cuidadores *(IY-Parent)* quanto um programa direcionado às crianças *(IY-Child)*, realizados de forma paralela. Os resultados indicaram, a partir do autorrelato dos cuidadores, uma redução significativa na percepção de problemas de comportamentos no grupo experimental em comparação ao grupo controle. Além disso, foram observadas melhorias nas práticas parentais e estresse parental.

Resultados semelhantes também foram observados em estudos realizados em países em desenvolvimento, onde identificaram melhorias no comportamento das crianças após a intervenção com o *Incredible Years* (Masiran et al., 2022). Participaram 70 crianças entre 6 e 12 anos com problema de comportamento e suas mães. As crianças foram participantes indiretas, já que a intervenção foi conduzida com as mães. As participantes foram organizadas em grupo de intervenção e controle, e avaliados pré-intervenção, após duas semanas do término e posteriormente após três meses. A intervenção foi realizada ao longo de 14 sessões semanais (em grupo), com duração de duas a três horas, com o objetivo de fortalecer a relação entre os cuidadores e seus filhos, a partir de estratégias de reforçamento e práticas parentais positivas. Para avaliar o repertório dos participantes, foi utilizado o SDQ e escalas de saúde mental (estresse e depressão). Como limitação, destaca-se a exclusão de crianças com transtorno do espectro autista, limitando a generalização dos achados a essa população.

O programa *Triple P*, por sua vez, apresenta sua eficácia na redução de problemas de comportamentos infantis, inclusive em segmentos de seis meses após intervenções em grupo, conforme indicado por revisões sistemáticas com meta-análise que incluíram ensaios clínicos randomizados, comparando grupos de intervenção com grupos controle, conduzidos com pais de

crianças entre 2 a 12 anos. Nessas investigações, a intervenção Triple P em grupo foi aplicada aos cuidadores, avaliando os efeitos tanto no comportamento infantil quanto em práticas parentais (Nogueira et al., 2022). Outra revisão, considerando diversos formatos de atendimento possíveis ao *Triple P* (i.e., individuais, em grupo e combinados), incluindo estudos publicados entre 2013 e 2020, com pais de crianças de 0 a 16 anos (clínicas e não clínicas), indica promoção da competência social infantil e a prevenção de problemas emocionais e comportamentais dessas crianças (Li et al., 2021). Ressalta-se que nesta revisão, foram considerados apenas estudos que o *Triple P* fosse a única intervenção, com delineamentos experimentais com grupo controle que não passam pela intervenção.

Pesquisadores brasileiros também atuaram através de processos de orientação parental para reduzir problemas de comportamento e aumentar repertórios sociais. Pinheiro et al. (2006) realizaram uma intervenção com familiares de crianças com problemas de comportamento ao ensinar princípios da análise do comportamento para a prática disciplinar e modelos de habilidades sociais educativas parentais. O estudo foi conduzido em uma escola pública, com famílias em contexto de vulnerabilidade social, no qual 34 deles finalizaram o programa. A intervenção foi realizada em grupo, ao longo de nove encontros semanais estruturados, com duração aproximada de uma hora e meia. A sessão tinha como estrutura discussão da tarefa de casa, realizadas pelos participantes na semana anterior; o relato dos pais de alguma vivência relacionada ao tema do dia; ensaios comportamentais enquanto técnica para que os pais aprendam as habilidades; e, por fim, a apresentação da nova tarefa de casa, para ser realizada durante a semana. Dentre os princípios analíticos comportamentais ensinados, estavam: análise funcional e reforçamento de comportamentos pró-sociais e colaborativos, além de respostas assertivas e monitoramento dos comportamentos das crianças na escola. Utilizaram instrumentos de autorrelato parental e de professores para a coleta de dados. Enquanto resultado, observaram redução na frequência e severidade dos comportamentos problema observáveis e melhora nas práticas educativas parentais. Enquanto limitação, o estudo não realizou uma avaliação de seguimento para avaliar a permanência ao longo do tempo dos ganhos obtidos, e utilizou-se exclusivamente de medidas de autorrelato, que podem prejudicar a validade interna do estudo.

Por sua vez, Bolsoni-Silva et al. (2008a), em um delineamento quase experimental com medidas de avaliação controle, pré-teste e pós-teste, investigaram os efeitos de uma intervenção sobre habilidades sociais educativas parentais com três participantes (de baixa escolaridade e renda) responsáveis por crianças entre cinco e seis anos com dificuldade de interação social. Foram utilizados como instrumentos o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P), o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) e o Child Behavior Checklist (CBCL), que permitem avaliar o repertório parental e os comportamentos infantis a partir de

autorrelato. A intervenção ocorreu em grupo ao longo de 14 sessões, sendo 2 encontros semanais de duração entre uma hora e trinta minutos e duas horas. Abordaram as habilidades de iniciar e manter conversas, expressar sentimentos e solicitar mudança de comportamento. Obtiveram, enquanto resultado, aumento no repertório de habilidades sociais educativas e uma redução dos comportamentos problema das crianças. Os autores sugerem um número maior de participantes em pesquisas futuras. Salientam enquanto limitação a ausência de um grupo controle e, assim como Pinheiro et al. (2006), sugerem a realização de avaliações de seguimento para avaliar os ganhos ao passar do tempo.

Em outra intervenção em grupo, Bolsoni-Silva et al. (2008a), promoveu o ensino de expressão de sentimentos positivos, como iniciar e manter conversas, negociar, estabelecer regras e outros repertórios relevantes para pais de crianças e adolescentes, com dificuldade de interação e problemas de comportamento. Participaram 14 pais e mães. Para avaliação, foi utilizado o RE-HSE-P e outros instrumentos de autorrelato (CBCL, IHS-Del Prette e o Inventário de Assertividade de Rathus) que avaliam tanto o repertório parental quanto o infantil. A intervenção foi realizada em grupo, ao longo de 20 sessões, duas vezes por semana, com duração entre 1 hora e meia e duas horas. Os autores realizaram exposições dialogadas, tarefas de casa, uma biblioterapia para complementar o ensino e ensaios comportamentais para treino de habilidades. Enquanto resultado, obtiveram um aumento na frequência de práticas positivas, habilidades sociais gerais e redução de problemas de comportamento dos filhos, com manutenção dos ganhos no seguimento. Porém, foi observado evasão dos participantes nas fases iniciais do grupo, e limitações relacionadas a instrumentos não validados para a população brasileira. Os autores sugerem que novos estudos sejam realizados com grupos homogêneos de pais, responsáveis apenas por crianças ou apenas de adolescentes.

Kanamota et al. (2017), ao realizarem o programa Promove-Pais em formato individual, intervieram com três cuidadoras de adolescentes entre 12 a 16 anos que apresentavam problemas de comportamento internalizantes e externalizantes. O estudo adotou um delineamento quase experimental com medidas de pré-teste, pós-teste e seguimento, sem grupo controle e com pequena amostra. Os comportamentos dos adolescentes foram avaliados a partir do relato parental, através da utilização do Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL) e do RE-HSE-P. A intervenção foi conduzida de acordo com as orientações do programa Promove-Pais. Enquanto resultado, observou-se melhora nas habilidades educativas parentais e redução de práticas negativas, acompanhadas de aumento de habilidades sociais dos adolescentes e diminuição de problemas de comportamento. Ressalta-se que, em avaliação de seguimento de seis meses, os ganhos foram mantidos.

Bolsoni-Silva et al. (2012), em um delineamento quase experimental com pré e pós-teste, sem grupo controle, investigaram os efeitos de uma intervenção em orientação parental, realizada ao longo de 20 encontros, voltada ao ensino de habilidades sociais educativas parentais. Participaram dois grupos de cuidadores, diferenciados pela frequência da intervenção. O primeiro grupo (G1), composto por 12 responsáveis (mães e pais), participou de uma sessão semanal ao longo de um período mais prolongado. Enquanto o segundo grupo (G2), composto por 14 cuidadores (pais, mães e uma avó), participou de duas sessões semanais em um período mais curto. Enquanto resultado, observou-se que G1 apresentou aumento nas habilidades sociais educativas parentais, e, indiretamente, seus filhos apresentaram melhora no repertório de habilidades sociais. Por sua vez, G2 apresentou redução de práticas negativas e os filhos reduziram a emissão de problemas de comportamento. Evidencia-se, neste estudo, a ampla variação etária e escolar dos filhos (i.e.: do Ensino Infantil ao Ensino Médio completo). Tal característica implica em limitações metodológicas, como: um menor controle de variáveis, pois os filhos vivem diferentes fases do desenvolvimento; limitação na generalização dos resultados, já que não é possível determinar para qual faixa etária a intervenção é mais eficaz, e a redução da validade interna, dificultando a atribuição dos efeitos observados à intervenção.

Intervenções com pais de crianças autistas com o objetivo de desenvolver práticas parentais positivas também têm sido descritas na literatura. Oliveira (2025) realizou uma intervenção presencial, utilizando o Promove-Pais associado a uma biblioterapia adaptada, ao longo de quinze sessões, com três mães e um pai de crianças autistas nível de suporte 2, com idades entre 6 e 9 anos. Foram utilizados o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P), para avaliação das habilidades parentais, e o Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (QRSH-Pais), *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) e *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) para avaliar o repertório infantil. Os resultados indicaram mudanças clinicamente significativas nas habilidades sociais educativas parentais, com mudança de classificação “clínica” para “não clínica” (RE-HSE-P), além de redução nos problemas de comportamento das crianças. Em seguida, Grassi (2025), utilizando o mesmo formato interventivo, realizou um estudo piloto em formato remoto, individual e on-line, também ao longo de quinze sessões, com uma mãe de uma criança autista nível de suporte 2. Para avaliação, foram utilizados os mesmos instrumentos descritos anteriormente. Os resultados indicaram aumento nas práticas parentais positivas e redução das práticas negativas, bem como aumento nas habilidades sociais infantis e redução de comportamentos externalizantes. As autoras sugerem a necessidade de investigações futuras com amostras maiores, incluindo diferentes níveis de suporte, com formato de aplicação em grupo e remoto.

Diante das lacunas identificadas na literatura descrita, este estudo propõe descrever os efeitos de uma orientação parental baseada no Promove-Pais sobre o repertório social de crianças autistas e seus problemas de comportamento. A intervenção foi aplicada a pais de crianças em idade pré-escolar, nível 1 de suporte, que recebem até uma hora semanal de intervenção comportamental. Os efeitos foram avaliados nos momentos pré e pós intervenção, e em duas avaliações de *follow-up*, com o objetivo de acompanhar a manutenção dos resultados da aplicação do Promove-Pais ao longo do tempo sobre o comportamento das crianças.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever os efeitos da aplicação do Promove-Pais, realizado na modalidade on-line, sobre os comportamentos de crianças autistas pré-escolares, nível de suporte 1.

Objetivos específicos

a) Verificar os efeitos do Promove-Pais sobre as habilidades sociais infantis;
b) Verificar os efeitos do Promove-Pais sobre os problemas de comportamento infantis;

MÉTODO

Aspectos Éticos

Esta pesquisa envolveu participantes humanos e seguiu os padrões éticos de sigilo e riscos mínimos, conforme resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes e outras informações sobre os participantes foram ocultados e suas participações foram voluntárias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNESP - Campus Bauru (CAAE: 78151424.8.0000.5398). O assentimento foi obtido a partir do responsável legal pelas crianças após a solicitação de dispensa do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE; Apêndice B) ser solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa em decorrência das características da população: crianças autistas em nível de suporte 1, em idade pré escolar, que podem ter alterações significativas em cognição e linguagem, o que afeta a compreensão e assentimento.

Delineamento

A investigação utilizou-se do delineamento de sujeito único. O delineamento avalia o efeito da introdução da variável independente por meio da análise do repertório do participante. Essa avaliação ocorre a partir da comparação entre os dados coletados no período pré-intervenção e aqueles obtidos nas sessões pós-intervenção (Cozby, 2003).

Participantes

Participaram deste estudo quatro adultos, três do sexo feminino e um do sexo masculino, entre 33 a 40 anos de idade. Todos os participantes apresentavam ensino superior completo e eram casados. Os dados sociodemográficos estão expostos na Tabela 11.

Tabela 11

Caracterização dos responsáveis

Dupla	Participante	Sexo	Idade	Profissão	Estado Civil
Dupla 1 (D1)	MC1	Feminino	34 anos	Analista de Sistemas	Casada
	PC1	Masculino	38 anos	Contador	Casado
Dupla 2 (D2)	MC2	Feminino	40 anos	Professora	Casada
	MC3	Feminino	33 anos	Fisioterapeuta	Casada

Também participaram três crianças autistas, nível de suporte 1, entre 4 e cinco anos. C1 é filho de MC1 e PC1. C2, filho de MC2 e C3 filho de MC3. As crianças realizavam até 1 hora de intervenção ABA, terapia ocupacional e fonoaudiológica por semana. Permaneciam na escola em tempo integral, variando entre 8 a 9 horas diárias. A caracterização das crianças está presente na Tabela 12.

Tabela 12

Caracterização das crianças

						Horas total de intervenção semanal		
Dupla	**Criança (Cuidador)**	**Idade**	**Irmãos**	**Escola**	**Permanência na escola**	**ABA**	**Fono**	**TO**
D1	C1 (MC1/PC1)	4 anos	Não	Particular	9 horas	1 hora	Não	Não
D2	C2 (MC2)	4 anos	Sim	Pública	8 horas	Não	Não	Não
	C3 (MC3)	5 anos	Não	Particular	9 horas	1 hora	Não	1 hora

Nota. *ABA = Intervenção baseada em ABA; Fono = Intervenção fonoaudiológica; TO = Intervenção de Terapia Ocupacional.*

Materiais

Foram utilizados um notebook com câmera e formulários digitais para registro de comportamentos infantis. Para a orientação parental, foi utilizado o programa Promove-Pais, de

Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), e a biblioterapia “Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA” - Teoria e Prática (Oliveira et. al., 2024).

Instrumentos

A pesquisa utilizou instrumentos de seleção para descarte dos critérios de exclusão e para avaliar comportamentos problema e comportamentos habilidosos das crianças. A Tabela 13 apresenta quais instrumentos foram utilizados, as variáveis de interesse em cada avaliação e em qual etapa do delineamento foram feitas as investigações. Dados psicométricos e outras informações são apresentadas para cada instrumento.

Tabela 13

Instrumentos utilizados de acordo com as etapas do delineamento e variáveis de interesse

		Etapa do Delineamento							
Variável de interesse	**Instrumentos**[20]	Seleção	S1	S2	Pré	AI	Pós	FU3	FU6
Nível de suporte	Escala de Responsividade Social (SRS-2; Constantino & Gruber, 2020)	X							
Habilidades Sociais Infantis	Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas - Pais (QRSH-Pais; Bolsoni-Silva et al., 2020)		X	X	X	X	X	X	X
	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Bolsoni-Silva, Oliveira & Loureiro, 2024).				X		X	X	X
Problemas de Comportamento Infantis	Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ; Goodman, 1997)		X		X	X	X	X	X
	Aberrant Behavior Checklist (ABC; versão traduzida por				X		X	X	X

[20] Alguns instrumentos foram repetidos durante as sondagens, a pré-intervenção, avaliação intermediária, pós-intervenção e avaliações de *follow-up*. Outros não foram aplicados em todas as sondas, como o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Goodman, 1997) para garantir a confiabilidade teste-reteste, assim como informado por Mellor (2004).

	Losapio, 2011)								
	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Bolsoni-Silva, Oliveira & Loureiro, 2024).			X		X	X	X	
	Formulário Google: Respostas Operacionalizadas	X	X	X	X	X	X	X	
	Formulário Google: Entrevista semiestruturada sobre comportamentos interferentes					X			
Avaliação do programa	Formulário Google: Avaliação do programa					X			

Nota. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses.

Para seleção dos participantes:

Escala de Responsividade Social (SRS-2; Constantino & Gruber, 2020)

O SRS-2, adaptado para a população brasileira (Borges, 2023), mensura a sintomatologia do Transtorno do Espectro Autista e tria o nível de suporte da criança. São avaliados 65 itens, que englobam: comprometimento da consciência social, cognição social, comunicação social, motivação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos. A pontuação é realizada quantitativamente a partir de uma escala que varia entre “1” (não é verdade) a “4” (quase sempre é verdade). O instrumento apresenta boa consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,952; Barbosa et al., 2015).

Para avaliar as habilidades sociais infantis:

Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas - Versão Pais (QRSH-Pais; Bolsoni-Silva et al., 2020)

Em sua versão para pais, de acordo com Bolsoni-Silva, Marturano e Loureiro (2011), o QRSH-Pais se destina a avaliar habilidades sociais de crianças a partir do relato de cuidadores e possui 15 itens que podem ser avaliados a partir de uma escala de três opções: "não se aplica", "se aplica um pouco" e "certamente se aplica". O QRSH-Pais permite avaliar as habilidades sociais a

partir de quatro escalas: disponibilidade social[21], enfrentamento[22], expressão de sentimentos[23] e cooperação[24]. Escores clínicos indicam baixa frequência de emissão das respostas avaliadas. O instrumento é indicado para ser utilizado em pesquisas de avaliação e intervenção clínica em medidas pré e pós, a fim de verificar a aquisição ou não de repertórios de habilidades sociais. O QRSH-Pais apresentou consistência interna de alfa igual a 0,79 e tem ponto de corte para repertório de risco ou não (Bolsoni-Silva et al., 2020).

Para avaliar problemas de comportamento infantis:

Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ; Goodman, 1997)

O SDQ rastreia, a partir de autorrelato parental, a frequência de comportamentos de crianças e adolescentes que estão organizados em cinco subescalas, sendo elas: sintomas emocionais[25], problemas de conduta,[26] hiperatividade[27], problemas de relacionamento com colegas[28] e comportamento pró-social[29] (Saur & Loureiro, 2012, p. 620). Quanto maior a pontuação, maior a presença dos comportamentos avaliados. De acordo com os autores Saur e Loureiro, o instrumento é considerado adequado para o rastreio de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. Os estudos de fidedignidade indicaram o índice de consistência interna próximo a 0,80.

Aberrant Behavior Checklist (ABC; versão traduzida por Losapio, 2011)

A escala avalia problemas de comportamento das crianças e possui 58 itens divididos em 5 subescalas, que englobam respostas de irritabilidade, agitação e choro; letargia e esquiva social; comportamento estereotipado; hiperatividade e fala inapropriada (Losapio, 2011). O instrumento de autorrelato possui boa consistência interna (Alfa de Cronbach= 0,91) e excelente confiabilidade de teste-reteste (r= 0,98; AMAN et al., 1985). Em relação ao valor de alfa para cada subescala, apresenta-se: irritabilidade = 0,92; letargia = 0,88; comportamento estereotipado = 0,87; hiperatividade = 0,94; e fala inapropriada = 0,77 (Kaat et al., 2014).

---

[21] A disponibilidade social refere-se à probabilidade de engajamento da criança em interações sociais.
[22] O enfrentamento diz respeito à forma como a criança lida com situações desafiadoras, englobando respostas assertivas
[23] A expressão de sentimentos envolve a capacidade de comunicar eventos privados de maneira socialmente adequada, a partir de gestos ou vocalizações
[24] A cooperação, por sua vez, refere-se à emissão de respostas sob controle de regras e demandas sociais.
[25] Envolve emoções que podem indicar sofrimento, como: tristeza recorrente, medo excessivo, preocupação constante, isolamento.
[26] Considera a presença de comportamentos que podem prejudicar a interação social; seja a partir do desrespeito às regras ou a presença de comportamentos agressivos e opositores.
[27] Envolve comportamentos de inquietação motora, impulsividade e dificuldade em manter o foco.
[28] Considera aspectos como isolamento, conflitos e dificuldades em estabelecer e manter amizades.
[29] Considera a presença de comportamentos empáticos, de ajuda e compartilhamento de objetos com colegas.

Para avaliar habilidades sociais e problemas de comportamento:

Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016; Bolsoni-Silva, Oliveira & Loureiro, 2024).

Neste estudo, o RE-HSE-P foi utilizado para avaliar exclusivamente os comportamentos infantis: habilidades sociais e problemas de comportamento, e suas variáveis antecedentes e mantenedoras, além da relação estabelecida com os comportamentos dos pais, permitindo uma avaliação funcional do comportamento.

O instrumento organiza-se em dois fatores, sendo relevante a este estudo: (1) habilidades sociais infantis, em que escores clínicos indicam menor variabilidade/frequência; e (2) problemas de comportamento, que os escores clínicos indicam alta variabilidade/frequência desses comportamentos.

O instrumento demonstra evidência de confiabilidade psicométrica, com Alfa de Cronbach de 0,846 e validação psicométrica (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2010). Em estudos atuais, Bolsoni-Silva et al. (2024) identificaram consistência interna de 0,71 para o Fator 1 e 0,72 para o Fator 2.

Para avaliar o programa:

Formulário Google: Respostas Operacionalizadas (elaborada pelas autoras; Apêndice C)

Para acompanhar a frequência dos problemas de comportamentos da criança elencados como principais problemas pelos responsáveis, foi disponibilizado um formulário G*oogle*, confeccionado pela pesquisadora, com uma coluna descrevendo o antecedente e a resposta comportamental emitida pela criança. O registro de frequência foi realizado nas medidas de sondagem, pré-intervenção, avaliação intermediária, pós-intervenção e *follow-up*.

Formulário Google: Entrevista semiestruturada sobre comportamentos interferentes (elaborada pelas autoras; Apêndice D)

Para avaliar qualitativa e quantitativamente os problemas de comportamento das crianças elencados como queixas pelos responsáveis, foi confeccionado um formulário G*oogle* contendo perguntas sobre os comportamentos-problema identificados na entrevista inicial. O formulário *Google* foi utilizado para relembrar os pais das queixas iniciais e mensurar a frequência e intensidade destes comportamentos, sendo aplicado durante a avaliação intermediária, no pós-intervenção e *follow-up* de 3 e 6 meses.

Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados sobre habilidades sociais e problemas de comportamento foram coletados em diversos momentos. Inicialmente, durante as sondagens e na linha de base. Durante a intervenção com os responsáveis, as informações dos comportamentos foram coletadas na avaliação intermediária. Após o término da intervenção, existiu uma avaliação após a intervenção, no *follow-up* de 3 meses e de 6 meses.

Os encontros de intervenção foram realizados durante 1 hora e 30 minutos para as duas duplas de responsáveis, ao longo de 15 sessões, seguindo o que é proposto pelo Promove-Pais. Os encontros continham a seguinte estrutura: estabelecimento de *rapport* e discussão da tarefa de casa solicitada no encontro anterior; discussão do tema da sessão; ensino do repertório; apresentação da nova tarefa de observação para a próxima semana; avaliação da sessão. Todas as tarefas eram atividades de auto-observação das práticas parentais e de observação dos comportamentos infantis.

Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Os instrumentos foram corrigidos e interpretados de acordo com as instruções dos seus manuais. As respostas foram comparadas a partir de uma análise descritiva simples nas diferentes medidas de avaliação: sondas; linha de base; avaliação intermediária; avaliação pós-intervenção e avaliações de *follow-up* de três e seis meses.

Os dados obtidos foram tratados a partir do Método JT de Jacobson e Truax (1991), que identifica mudanças clinicamente significativas a qualquer desordem clínica e é útil na identificação de indivíduos que apresentam melhorias, estabilização ou regressão após intervenções (Jacobson & Truax, 1991).

Análises comparativas foram realizadas entre os dados obtidos pré e pós-intervenção, identificando se há mudança confiável a partir do Índice de Mudança Confiável (IMC - Reliable Change Index) e se é clinicamente relevante a partir da Significância Clínica (SC - Clinical Significance) (Del Prette & Del Prette, 2012, p. 15; Aguiar et al., 2009). Um IMC menor que 0,05 indica que a intervenção é efetiva e seus resultados excedem a margem de erro da medição. Por sua vez, a SC verifica se a intervenção fez uma diferença real na vida do cliente (Villa & Aguiar, 2012). Os resultados estão organizados na forma de tabelas. Para a realização das análises, os dados foram lançados no software Psicoinfo[30]. A verificação dessas mudanças clinicamente significativas foi conduzida com base nos critérios A, B ou C do método JT, a depender da disponibilidade dos dados normativos de cada instrumento.

Para Villa e Aguiar (2012), os resultados obtidos pelo JT podem ser categorizados como:

[30] Software on-line e gratuito que permite a realização de análises utilizando-se o Método JT. Acesso pelo endereço https://www.psicoinfo.ufscar.br

a) Recuperado: Atingiu critérios para IMC e SC;
b) Melhorado: Atingiu critérios para IMC, mas não para SC;
c) Inalterado: Não atingiu nenhum dos critérios;
d) Alterado[31]: Não atingiu critérios de melhora ou piora para IMC, mas atingiu para SC;
e) Piorado[32]: Atingiu critérios de piora para IMC, mas não para SC;
f) Deteriorado: Atingiu critérios de piora no IMC e passou de não clínico para clínico no SC.

RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados referentes às habilidades sociais e problemas de comportamento infantis antes e após a intervenção realizada com os responsáveis utilizando o Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018).

Habilidades Sociais Infantis

As Habilidades Sociais Infantis foram avaliadas pelo QRSH-Pais, pela escala de Habilidades Sociais provenientes do RE-HSE-P e pela escala "pró-social" do SDQ. Todos os instrumentos classificam os escores (gerais ou por escala) em "clínico" ou "não clínico".

QRSH-Pais. O QRSH-Pais permite a mensuração da frequência, a partir de autorrelato parental e escores brutos, da disponibilidade social, enfrentamento, expressão de sentimentos e cooperação da criança. Enquanto isso, o escore total engloba o repertório de respostas socialmente habilidosas da criança. Quanto menor os escores, mais próximo da classificação clínica.

Em relação às respostas socialmente habilidosas de C1, observou-se uma mudança do escore total de "clínico" para "não clínico", conforme relato de MC1 e PC1. Porém, para MC1, a criança retorna para a classificação "clínica" durante a avaliação de *follow-up* de seis meses. Ao observar os fatores avaliados pelo instrumento, nota-se que C1 apresenta aumento nos escores de Enfrentamento na avaliação de ambos os cuidadores, com posterior queda para MC1 na última avaliação.

[31] Este critério foi desenvolvido e utilizado pela pesquisadora e não está presente em Villa e Aguiar (2012). Sua criação foi considerada necessária para analisar os dados dos participantes. IMC e SC avaliam aspectos diferentes da mudança: o primeiro verifica se a mudança excede o erro de medida, enquanto o segundo indica se o indivíduo passou da faixa clínica para a não clínica. Portanto, é possível haver SC sem IMC quando a mudança, embora pequena, cruza o ponto de corte clínico.

[32] Este critério foi desenvolvido pela primeira vez por Belei-Martins (2022) e não está presente em Villa e Aguiar (2012).

Para C2, observa-se estabilidade no seu repertório de respostas socialmente habilidosas, mantendo o seu escore na classificação "clínica". O mesmo acontece com C3. Este apresenta um aumento no seu repertório identificado na avaliação intermediária. Contudo, na avaliação de *follow-up*, observa-se um retorno à classificação "clínica". A Tabela 14 apresenta os resultados obtidos a partir do QRSH-Pais.

Tabela 14

Resultados obtidos a partir do Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas (QRSH-Pais), nas diferentes medidas de avaliação

Sujeito (Entrevistado)	Escala	S1	S2	PRÉ	AI	PÓS	FU3	FU6
C1	Disponibilidade Social	8	9	8	9	11	11	9
(MC1)	Enfrentamento	7	3	5	4	7	9	3
	Expressão de sentimentos	4	4	4	4	4	4	4
	Cooperação	1	2	3	1	3	3	1
	Total	**20 C**	**18 C**	**20 C**	**18 C**	**25 NC**	**27 NC**	**17 C**
C1	Disponibilidade Social	11	10	10	9	9	11	11
(PC1)	Enfrentamento	3	4	5	6	5	9	9
	Expressão de sentimentos	4	3	3	3	4	3	4
	Cooperação	1	3	2	2	3	2	3
	Total	**19 C**	**20 C**	**20 C**	**20 C**	**21 C**	**25 NC**	**27 NC**
C2	Disponibilidade Social	9	8	9	6	9	8	7
(MC2)	Enfrentamento	6	5	4	6	6	5	5
	Expressão de sentimentos	2	3	2	2	2	3	3
	Cooperação	2	3	2	2	2	2	3
	Total	**19 C**	**19 C**	**17 C**	**16 C**	**19 C**	**18 C**	**18 C**
C3	Disponibilidade Social	11	9	9	9	11	9	6
(MC3)	Enfrentamento	3	2	3	7	6	5	5
	Expressão de sentimentos	3	2	3	4	2	3	2
	Cooperação	2	3	1	3	3	4	1
	Total	**19 C**	**16 C**	**16 C**	**23 NC**	**22 C**	**21 C**	14 **C**

Nota. C = clínico; NC = não clínico. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses.

RE-HSE-P. O RE-HSE-P permite a mensuração da frequência e variabilidade dos comportamentos sociais das crianças. Em ambos os indicadores, escores mais elevados indicam maior repertório social, aproximando a criança da classificação não-clínica.

C1, sob a perspectiva de ambos os cuidadores, apresentou variabilidade satisfatória no seu repertório de habilidades sociais em todas as avaliações, com escore "não clínico". É observado melhora no repertório da criança, indicado pelo aumento no escore ao longo das avaliações, e uma mudança positiva confiável em todas as avaliações após a intervenção.

Em relação à frequência de emissão de respostas consideradas socialmente adequadas, antes da intervenção, os cuidadores de C1 consideravam que seu filho se apresentava na classificação "clínica". Essa classificação indica que a criança emitia comportamentos avaliados em baixa frequência. Após a intervenção, apesar da criança manter-se na faixa "clínica", observou-se aumento no escore a partir do relato de ambos os cuidadores. Esse aumento indica maior emissão de respostas, com significância clínica observada e mudança positiva confiável para PC1 (Apêndice F).

Já em relação a variabilidade do repertório social de C2 e C3, é observada estabilidade ao longo das avaliações, com classificação "não clínica" indicada na avaliação pré-intervenção. Observa-se melhora no repertório, representado pelo aumento no escores. Uma mudança positiva confiável foi observada para C2 e C3 (Apêndice F).

Ao avaliar a frequência da emissão dessas respostas, C2 e C3 apresentam escore "clínico" em seu repertório de entrada. Observa-se um aumento nos escores nas avaliações subsequentes, mas as crianças mantêm-se classificadas enquanto "clínicas". A Tabela 15 apresenta os resultados.

Tabela 15

Análise da variabilidade e frequência das habilidades sociais das crianças

Entrevistado	Criança	Medida	Pré	Pós	FU3	FU6
MC1	**C1**	Variab.	16 **NC**	16 **NC**	19 **NC**	19 **NC**
		Freq.	6 **C**	8 **C**	8 **C**	10 **C**
PC1	**C1**	Variab.	13 **NC**	27 **NC ***	18 **NC ***	19 **NC***
		Freq.	7 **C**	8 **C**	12 **L ***	09 **C**
MC2	**C2**	Variab.	13 **NC**	22 **NC ***	14 **NC**	20 **NC ***
		Freq.	08 **C**	11 **L**	10 **C**	11 **L**
MC3	**C3**	Variab.	13 **NC**	16 **NC**	18 **NC ***	17 **NC**
		Freq.	06 **C**	10 **C**	09 **C**	06 **C**

Nota. Pré = avaliação pré-intervenção; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. C = clínico; L = limítrofe; NC = não clínico; * = mudança positiva confiável; Variab. = variabilidade; Freq. = frequência. No Fator 1 (habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais infantis e variáveis contextuais), NC indica maior frequência/variabilidade de comportamentos socialmente habilidosos, enquanto C indica menor frequência/variabilidade.

SDQ. A Tabela 16 apresenta os escores e a classificação clínica a partir das avaliações realizadas. Na escala "pró-social", escores mais elevados indicam maior frequência na emissão dos comportamentos sociais e classificação não-clínica.

C1 apresenta repertório de entrada "não clínica" para os dois responsáveis. Na avaliação intermediária, observa-se uma piora na emissão destes comportamentos, seguida por uma recuperação e retorno à classificação inicial nas avaliações subsequentes. Em comparação ao repertório de entrada, MC1 e PC1 avaliam que seu filho passou a emitir comportamentos pró-sociais em maior frequência após a intervenção.

C2, por sua vez, apresenta-se com repertório "clínico" na avaliação pré-intervenção. Nas avaliações pós-intervenção, apresenta melhora no seu comportamento social através do aumento no escore e mudança na classificação para "não clínico".

A partir dos relatos de MC3, C3 indicava emissão de respostas sociais em classificação "limítrofe" na avaliação pré-intervenção. Após a intervenção, observa-se uma oscilação na avaliação de *follow-up* de três meses, seguido por aumento na emissão das respostas na avaliação seguinte, garantindo a mudança na classificação para "não clínico".

Tabela 16

Resultados obtidos a partir do Strengths and Difficulties Questionnaire na escala "pró-social" nas diferentes medidas de avaliação

	PRÉ INTERVENÇÃO			PÓS INTERVENÇÃO		
Sujeito (Entrevistado)	**S1**	**PRÉ**	**AI**	**PÓS**	**FU3**	**FU6**
C1 (MC1)	5 **L**	6 **NC**	4 **C**	6 **NC**	8 **NC**	6 **NC**
C1 (PC1)	7 **NC**	7 **NC**	5 **L**	6 **NC**	8 **NC**	7 **NC**
C2 (MC2)	5 **L**	4 **C**	3 **C**	7 **NC**	6 **NC**	6 **NC**
C3 (MC3)	5 **L**	5 **L**	4 **C**	6 **NC**	5 **L**	6 **NC**

Nota. S1 = sonda 1; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. C = clínico; L = limítrofe; NC = não clínico.

Problemas de Comportamento

O perfil comportamental relacionado a problemas de comportamentos das crianças foi obtido a partir da utilização de três instrumentos: RE-HSE-P, ABC e o SDQ. Também foi utilizado um formulário google, confeccionado pelas autoras, para avaliar a frequência e intensidade das queixas comportamentais a partir do relato dos responsáveis.

RE-HSE-P. O RE-HSE-P também permite a mensuração da frequência e variabilidade dos comportamentos problema emitidos pela criança. Em ambos os indicadores, escores mais altos indicam maior presença e diversidade de comportamentos problema, também aproximando a criança da classificação clínica.

C1, a partir da perspectiva de ambos os cuidadores, apresentou variabilidade clínica em problemas de comportamento (PROBL) na primeira avaliação. Após a intervenção, apresenta escore "não clínico", que se mantém nas avaliações subsequentes. Essa mudança indica que as topografias emitidas pela criança, consideradas enquanto problema de comportamento, diminuíram após a intervenção. Há mudanças positivas confiáveis observadas sobre os dados obtidos de ambos os cuidadores, conforme o Método JT.

C2, por sua vez, manteve-se em classificação "não clínica" no quesito de variabilidade ao longo das avaliações. É observado redução nos escores, que indica que a criança diminuiu a variabilidade de comportamentos problema após a intervenção. O mesmo aconteceu em relação aos escores de C3. A criança apresenta, enquanto repertório de entrada classificação "clínica" em variabilidade, e observa-se redução dos escores e alteração na classificação para "não clínica", que se mantém nas avaliações de *follow-up*.

Ao observar a frequência da emissão dessas respostas, todas as crianças iniciaram e mantiveram-se na classificação "não clínica", com redução dos escores observados para C1 e C3. Isso indica que, mesmo apresentando topografias variadas de comportamentos problema, para o instrumento utilizado, a frequência não era considerada clínica. A Tabela 17 apresenta os dados descritos.

Tabela 17

Análise da variabilidade e frequência dos problemas de comportamento das crianças

Entrevistado	Criança	Medida	Pré	Pós	SEG 3	SEG 6
MC1	**C1**	**Variab.**	18 **C**	04 **NC ***	05 **NC ***	06 **NC ***
		Freq.	0 **NC**	0 **NC**	0 **NC**	02 **NC**
PC1	**C1**	**Variab**	20 **C**	10 **C ***	06 **NC ***	06 **NC ***
		Freq.	02 **NC**	0 **NC**	0 **NC**	02 **NC**
MC2	**C2**	**Variab**	07 **NC**	05 **NC**	03 **NC**	04 **NC**
		Freq.	0 **NC**	0 **NC**	0 **NC**	0 **NC**
MC3	**C3**	**Variab**	12 **C**	06 **NC**	08 **L**	07 **NC**
		Freq.	02 **NC**	0 **NC**	0 **NC**	0 **NC**

Nota. C = clínico; L = limítrofe; NC = não clínico; * = mudança positiva confiável; Freq. = frequência; Variab. = variabilidade. No Fator 2 (práticas negativas e problemas de comportamento), C indica maior frequência/variabilidade desses comportamentos, enquanto NC indica menor frequência/variabilidade.

ABC. A escala ABC mensura a frequência e a percepção de gravidade de comportamentos pré-definidos enquanto problemáticos. Escores mais altos indicam comportamentos mais frequentes e problemáticos.

A partir do relato dos responsáveis, C1 apresentou melhora nos comportamentos relacionados à irritabilidade, letargia e hiperatividade ao longo das avaliações a partir da percepção da mãe (MC1), representados pela queda nos escores referentes. Porém, observa-se um aumento nos escores na avaliação de *follow-up* de seis meses em todos esses domínios, que indica a ressurgência dos comportamentos que anteriormente foram reduzidos. PC1 também descreve melhora em estereotipia e fala inapropriada. Observou-se mudança positiva confiável em irritabilidade, letargia e hiperatividade para MC1 e PC1, nas escalas de irritabilidade, letargia e hiperatividade (para mais informações, ler Apêndice G).

De acordo com MC2, C2 apresentou melhora em todos os comportamentos que compõem as escalas. Observou-se mudança positiva confiável apenas na escala de irritabilidade no escore obtido na avaliação pós-intervenção (Apêndice G).

Para MC3, os comportamentos relacionados à irritabilidade e estereotipia apresentaram melhora, com estabilidade em letargia e piora em hiperatividade e fala inapropriada. Não foi observado qualquer índice de mudança confiável, positiva ou negativa (Apêndice G). Também observa-se um aumento nos escores na avaliação de *follow-up* de seis meses nos domínios de irritabilidade e hiperatividade, que indica a ressurgência de comportamentos que anteriormente foram reduzidos. Para a conferência dos escores, veja a Tabela 18.

Tabela 18

Resultados obtidos a partir da Aberrant Behavior Checklist (ABC), nas diferentes medidas de avaliação

Sujeito (Entrevistado)	Escala	Pré	Pós	FU3	FU6
C1	Irritabilidade	16	11	4 *	14
(MC1)	Letargia	10	3	1 *	8
	Estereotipia	1	1	0	1
	Hiperatividade	15	9	6 *	11
	Fala inapropriada	2	0	2	4
C1	Irritabilidade	29	9 *	14 *	14

(PC1)	Letargia	23	7 *	4 *	15
	Estereotipia	5	1	2	2
	Hiperatividade	30	9 *	15 *	15
	Fala inapropriada	3	3	0	0
C2	Irritabilidade	19	8 *	13	7
(MC2)	Letargia	10	8	11	4
	Estereotipia	3	0	1	0
	Hiperatividade	7	1	4	0
	Fala inapropriada	4	1	1	1
C3	Irritabilidade	13	10	7	9
(MC3)	Letargia	1	2	2	1
	Estereotipia	2	0	2	1
	Hiperatividade	17	12	16	22
	Fala inapropriada	1	3	2	4

Nota. * = Mudança Positiva Confiável; Pré = avaliação pré-intervenção; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses.

SDQ. A Tabela 19 apresenta os escores e a classificação clínica a partir das avaliações realizadas com o instrumento *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Nas escalas avaliadas, escores mais elevados indicam maior frequência de comportamentos problema.

C1, a partir do relato da mãe, apresenta repertório de entrada "não-clínico" em sintomas emocionais, que se mantém estável ao longo das avaliações, em hiperatividade, que apresenta oscilações, mas termina em classificação "não-clínica". Por sua vez, problemas de conduta e problemas com pares encontravam-se na classificação "clínica". Após a intervenção, observa-se redução na classificação e mudança para "não-clínico" em problemas de conduta. Porém, observa-se que apesar da redução inicial no escore em problema com pares, há um retorno para a classificação "clínico" na avaliação de *follow-up* de seis meses.

Para o pai de C1, seu filho apresenta repertório "clínico" para todas as escalas avaliadas nos dois momentos anteriores à intervenção. A partir da avaliação intermediária, observa-se melhora em sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade. Há estabilidade na escala de problemas com pares.

C2 inicia-se com classificação clínica apenas em "problema com pares". O repertório se mantém estável ao longo das avaliações, e apresenta melhora na avaliação de *follow-up* de 6 meses. As outras escalas mantêm-se estáveis em classificação "não clínica".

Por fim, C3 inicia com classificação "clínica" para sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade. Há classificação "limítrofe" para problemas com pares. Após intervenção, observa-se melhora em sintomas emocionais a partir da avaliação de *follow-up* de três meses. Também foi identificado melhora em problemas de conduta, apesar de ser observado oscilação.

Problema com pares mantêm-se estável e hiperatividade apresenta redução apenas na avaliação de *follow-up* de 6 meses.

C2 apresentou mudança positiva confiável no escore total durante a avaliação de *follow-up* de três meses, e posteriormente todas as crianças apresentaram essa mudança na avaliação de seis meses. A Tabela 19 apresenta os escores e o Apêndice G indica as Mudanças Positivas Confiáveis observadas.

Tabela 19

Resultados obtidos a partir do SDQ, nas diferentes medidas de avaliação

		PRÉ INTERVENÇÃO			PÓS INTERVENÇÃO		
Sujeito (Entrevistado)	**Escala**	**S1**	**PRÉ**	**AI**	**PÓS**	**FU3**	**FU6**
C1 (MC1)	Sintomas emocionais	3 **NC**	3 **NC**	2 **NC**	3 **NC**	1 **NC**	2 **NC**
	Problemas de conduta	5 **C**	5 **C**	3 **L**	3 **L**	1 **NC**	2 **NC**
	Hiperatividade	8 **C**	4 **NC**	7 **C**	6 **L**	6 **L**	4 **NC**
	Problema com Pares	8 **C**	5 **C**	6 **C**	3 **L**	2 **NC**	4 **C**
	Total de dificuldades	**24 C**	**17 C**	**18 C**	**15 L**	**10 NC**	**12 NC***
C1 (PC1)	Sintomas emocionais	5 **C**	5 **C**	3 **NC**	2 **NC**	2 **NC**	3 **NC**
	Problemas de conduta	6 **C**	4 **C**	2 **NC**	3 **L**	2 **NC**	3 **L**
	Hiperatividade	7 **C**	9 **C**	7 **C**	7 **C**	4 **NC ***	3 **NC**
	Problema com Pares	6 **C**	5 **C**	4 **C**	4 **C**	4 **C**	4 **C**
	Total de dificuldades	**24 C**	**23 C**	**16 L**	**16 L**	**12 NC ***	**13 L***
C2 (MC2)	Sintomas emocionais	3 **NC**	3 **NC**	3 **NC**	2 **NC**	5 **C**	3 **NC**
	Problemas de conduta	1 **NC**	2 **NC**	1 **NC**	1 **NC**	2 **NC**	1 **NC**
	Hiperatividade	1 **NC**	1 **NC**	3 **NC**	1 **NC**	1 **NC**	0 **NC**
	Problema com Pares	6 **C**	4 **C**	4 **C**	3 **L**	4 **C**	1 **NC**
	Total de dificuldades	**11 NC**	**10 NC**	**11 NC**	**7 NC**	**12 NC**	**5 NC***
C3 (MC3)	Sintomas emocionais	5 **C**	5 **C**	5 **C**	5 **C**	3 **NC**	3 **NC**
	Problemas de conduta	5 **C**	4 **C**	2 **NC**	3 **L**	1 **NC**	3 **L**
	Hiperatividade	7 **C**	7 **C**	9 **C**	8 **C**	8 **C**	4 **NC**
	Problema com Pares	2 **NC**	3 **L**	3 **L**	3 **L**	3 **L**	3 **L**
	Total de dificuldades	**19 C**	**19 C**	**19 C**	**19 C**	**15 L**	13 **NC***

Nota. S1 = sonda 1; 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. C = Clínico; L = Limítrofe; NC = Não Clínico; * = Mudança Positiva Confiável

Formulário on-line. O formulário discrimina a frequência e intensidade do comportamento infantil indicado enquanto problemático pela família no início da intervenção.

Para MC1, seu filho apresentava três comportamentos problema: gritar e dar tapas, quando pedidos eram negados, e se esconder quando pessoas fora do convívio familiar interagiam com a criança. De acordo com os dados obtidos, a criança apresentava respostas de gritar e se esconder em média e alta frequência. Apresentava entre 4 a 9 episódios por semana. Enquanto isso, a resposta de dar tapas ocorria ocasionalmente, com até 3 episódios por semana. Após o início da intervenção, observou-se uma redução na frequência de todas as respostas. Observou-se um aumento na avaliação de *follow-up* de seis meses em relação a se esconder e dar tapas. Foi observada redução na intensidade dos comportamentos ao longo das avaliações.

Por sua vez, PC1 considerava enquanto comportamentos problema: gritar, dar tapas e jogar itens quando pedidos eram negados. Antes do início da intervenção, observou-se que as respostas de gritar e bater aconteciam em alta frequência, com intensidade variando entre moderada a severa, com 10 ou mais episódios semanais. Em relação a jogar itens, embora tenha apresentado alta frequência na primeira avaliação, manteve-se em menor frequência nas avaliações seguintes, ocorrendo entre 1 a 3 episódios por semana, em intensidade primordialmente leve. Após o início da intervenção, observou-se uma redução na frequência de gritos e tapas, mantendo estável até a avaliação de *follow-up* de seis meses. Em relação à resposta de "jogar itens", observou-se uma estabilidade e posterior aumento em sua frequência na avaliação de *follow-up* de três meses, com redução na avaliação de *follow-up* de seis meses. Observou-se estabilidade na intensidade dos comportamentos de bater e jogar, mas oscilações são notadas sobre o comportamento de gritar.

A partir da perspectiva de MC2, o filho apresentava três comportamentos problemáticos: gritar, se jogar no chão e chorar. Essas topografias ocorriam, principalmente, em situações nas quais eram estabelecidos limites para a criança (p.ex., frente a negativas ou atraso para acesso de reforçadores). As respostas de gritar e chorar ocorriam entre 7 a 10 ou mais episódios por semana nas primeiras avaliações, entre intensidade leve a severa. Por sua vez, a topografia de se jogar no chão oscilou entre sua ausência e a ocorrência de até 6 episódios semanais, com intensidade variando entre leve a moderada. Nas avaliações pós-intervenção, foram observadas redução na frequência e intensidade dos comportamentos analisados.

MC3 descreveu três comportamentos inadequados: xingar, gritar, jogar itens. Essas situações ocorriam na hora de ir embora de locais de interesse da criança ou para guardar o celular. Durante as primeiras avaliações, essas respostas ocorriam em alta frequência, entre 7 e 10 ou mais episódios semanais, com intensidade majoritariamente severa e moderada. Na avaliação intermediária e nas avaliações subsequentes, todos os comportamentos apresentaram redução em frequência, variando entre 1 a 3 episódios semanais, e intensidade. Veja a Tabela 20.

Tabela 20

Frequência dos comportamentos problema descritos pelos cuidadores

Criança (Entrevistado)	PROBL	S1		S2		PRÉ		AI		PÓS		FU3		FU6	
		Freq.	Int.	Freq.	Int.	Freq.	Int.	Freq.	Int.	Freq.	Int.	Freq.	Int.	Freq.	Int.
C1 (MC1)	Gritar	7-9	S	7-9	M	4-6	S	0	N/A	0	N/A	0	N/A	0	N/A
	Se esconder	4-6	M	7-9	M	4-6	L	1-3	L	1-3	L	1-3	L	4-6	L
	Bater (tapas)	1-3	M	1-3	M	1-3	L	0	N/A	0	N/A	0	N/A	1-3	L
C1 (PC1)	Gritar	≥ 10	M	≥ 10	M	≥ 10	S	0	N/A	4-6	M	1-3	M	0	N/A
	Bater (tapas)	≥ 10	L	≥ 10	L	≥ 10	L	0	L	1-3	L	1-3	L	1-3	L
	Jogar itens	≥ 10	L	1-3	L	1-3	L	1-3	L	1-3	L	4-6	L	0	N/A
C2 (MC2)	Gritar	7-9	M	7-9	L	1-3	L	7-9	M	1-3	M	0	L	1-3	L
	Chorar	≥ 10	S	≥ 10	S	7-9	M	4-6	M	1-3	L	4-6	S	1-3	L
	Se jogar no chão	4-6	M	0	L	1-3	L	0	N/A	1-3	L	0	N/A	1-3	L
C3 (MC3)	Xingar	≥ 10	S	≥ 10	S	7-9	M	1-3	M	1-3	L	1-3	L	4-6	L
	Gritar	7-9	M	7-9	M	4-6	L	1-3	L	0	N/A	0	N/A	0	N/A
	Jogar itens	7-9	M	7-9	L	7-9	L	1-3	L	0	N/A	1-3	L	1-3	L

Nota. S1 = sonda 1; S2 = sonda 2; Pré = avaliação pré-intervenção; AI = avaliação intermediária; Pós = avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses. Freq. = frequência; Int. = intensidade; L = leve; M = moderado; S = severo; N/A = não se aplica.

Relato dos participantes

Durante a avaliação pós-intervenção e na avaliação de *follow-up* de seis meses, os responsáveis pelas crianças responderam perguntas relacionadas aos comportamentos dos seus filhos (Apêndice D; E). Todos os participantes relataram, qualitativamente, redução dos comportamentos problema das crianças. A seguir são apresentados os comentários:

> "Em relação ao grito, bater e social, praticamente zeraram. Os sociais, não zeraram. Com a gente sim, mas na escola, não conseguimos zerar. O ponto principal é a rigidez comportamental e ele não aceitar que não deu certo. Isso eu tenho visto: chega na escola e não deu certo o brinquedo, foi forçado ou não quer fazer, ele fica nervoso e grita. Não vem recado sobre bater na agenda, mas os outros comportamentos acontecem" - MC1.

> "Eles estão de uma forma mais controlada, ele evoluiu demais, e hoje temos uma condição melhor de dar suporte quando isso acontece. [...] No decorrer dos encontros, não apareceu outros problemas de comportamento" - PC1.

> "Eles reduziram bastante, em visto com o que era lá no começo. Ele não se joga mais, como era antes. Até mesmo dentro de casa, às vezes, tudo que você falava, ele se jogava no chão. Agora ele consegue responder quando você fala, e não está mais se jogando. Melhorou muito. Até a irmã percebeu. Em relação ao grito, acontece quando ele quer sair dos lugares. Antes era dentro de casa, e falava apenas gritando. Comigo não acontece mais, e agora a irmã está melhorando a fala com ele também. Acontece mais nos momentos fora de casa. Do chorar comigo é mais raro, mas na hora de dormir acontece, mas acontece com qualquer criança. Ele sabe que não precisa chorar e que ele tem que pedir. Antes, tudo ele chorava, e eu não sabia como falar com ele. Não percebo outros problemas de comportamento" - MC2.

> "Eles estão mais leves. Além da frequência ter diminuído, ele está com uma intensidade menor [...] Tinha muito gritos e agressividade física, e hoje é quase nulo. Acho que melhorou bastante. Não há outros problemas de comportamento. Hoje se mantém as "palavrinhas bobas", mas não tem outros novos" - MC3.

Durante o *follow-up* de seis meses, os pais informaram suas percepções em relação ao aumento dos problemas de comportamentos das crianças. Os relatos ilustram:

"Deu uma reviravolta. Até esses dias a gente conversou, e a gente falou assim: vamos revisar apostila [biblioterapia]. Vamos ver o que a gente pode fazer. Nas últimas três semanas virou outra criança. Eu falei que parece que a gente perdeu dois anos, sabe? Ela [a irmã de C1] nasceu e na outra semana ele mudou totalmente. A gente tem certeza que foi a neném, né? Mudou muito, até porque o que a gente reparou, e estávamos conversando com a professora: apesar de ter tido todas as mudanças de escola, cidade e casa, ele conseguiu se adaptar. Nossa, ele tava super bem e aí quando ela nasceu, foi tudo para baixo, então assim: não tem outra maneira, e obviamente a gente tá tentando lidar em casa." - MC1

"Tá muito sem rotina. Tanto em questão de horário, porque ele não tá indo para escola, e não tem [rotina/horário]. E ele fica com as avós na semana. Sabe, tem dia que ele fica com uma avó e no outro dia ele fica com a outra. Então tá alterando a rotina, e cada dia tem um cronograma e um horário diferente. Muda bastante entre um dia e outro, e talvez isso tenha contribuído para o aumento da agitação. Eu percebi que junto com a agitação ele tem ficado menos flexível. Toda vez que a gente vai falar ele resiste. [...] No começo dos encontros para cá, eu tenho diminuído o tempo com ele. Isso foi mudança mesmo na rotina do meu trabalho. Eu estou trabalhando em outros horários. Antes eu conseguia buscar ele na escola, agora já não consigo ir quase nenhum dia. E na terapia também, antes eu conseguia levar e buscar hoje, eu não consigo mais. Então no carro era um ambiente que nós conversamos mais e que eu percebi que a gente tem conversado menos porque a gente tem estado menos junto" - MC3.

Categorização dos indicadores de habilidades sociais infantis e problemas de comportamento, segundo o Método JT.

Os resultados dos indicadores de habilidades sociais infantis e problemas de comportamento com mudanças clínicas significativas estão dispostos na Tabela 21, considerando os critérios de Villa e Aguiar (2012). Escores recuperados indicam que as variações observadas foram estatisticamente confiáveis e que o sujeito atingiu a classificação "não clínica". Por sua vez, escores melhorados indicam que as variações são estatisticamente confiáveis, mas o sujeito permaneceu em classificação "clínica". Por fim, escores alterados indicam que, embora a variação entre as medidas não tenha sido estatisticamente confiável, o participante recebe a classificação "não clínica". Os dados inalterados foram ocultados para visualização das mudanças observadas.

C1, de acordo com MC1, apresenta melhora em irritabilidade, letargia e hiperatividade a partir do instrumento ABC. O mesmo é observado no escore total do SDQ durante o *follow-up* de 6

meses. Em relação a variabilidade de problemas de comportamento avaliado pelo RE-HSE-P, há o indicativo de recuperação em todas as avaliações pós-intervenção. Em relação a habilidades sociais, no quesito de frequência, os escores apresentam alteração. Para PC1, a criança apresenta melhora e posterior recuperação em variabilidade de problemas de comportamento, Também há o indicativo de melhora, recuperação e alterações em habilidades sociais, considerando variabilidade e frequência. Também há melhora identificada em hiperatividade e escore total pelo SDQ.

C2 apresenta melhora na variabilidade de habilidades sociais. O escore total do SDQ também indica melhora. Por sua vez, o mesmo ocorre em relação à irritabilidade, a partir do instrumento ABC. C3 apresentou alterações na variabilidade de problemas de comportamento e frequência de emissão de habilidades sociais. Há melhora observada também em variabilidade, em um período de avaliação. Por fim, observa-se também melhora no escore total do SDQ. A Tabela 21 apresenta os resultados.

Tabela 21

Mudança nos indicadores de HS e problemas de comportamentos, segundo o método JT, nas diferentes medidas de avaliação

Entrevistado: Criança	**AI**	**Pós**	**FU3**	**FU6**
MC1: C1				
RE-HSE-P				
PROBL (V)		Recuperado	Recuperado	Recuperado
HS (F)		Alterado	Alterado	Alterado
ABC				
Irritabilidade			Melhorado	
Letargia			Melhorado	
Hiperatividade			Melhorado	
SDQ				
Total				Melhorado
PC1: C1				
RE-HSE-P				
PROBL (V)		Melhorado	Recuperado	Recuperado
HS (V)		Melhorado	Melhorado	Melhorado
HS (F)		Alterado	Recuperado	Alterado
ABC				
Irritabilidade		Melhorado	Melhorado	Melhorado
Letargia		Melhorado	Melhorado	Melhorado
Hiperatividade		Melhorado	Melhorado	Melhorado

SDQ				
	Hiperatividade		Melhorado	Melhorado
	Total		Melhorado	Melhorado
MC2: C2				
RE-HSE-P				
	HS (V)	Melhorado		Melhorado
ABC				
	Irritabilidade	Melhorado		Melhorado
SDQ				
	Total			Melhorado
MC3: C3				
RE-HSE-P				
	PROBL (V)	Alterado	Alterado	Alterado
	HS (V)		Melhorado	
	HS (F)	Alterado	Alterado	
SDQ				
	Total			Melhorado

Nota. V = Variabilidade; F = Frequência; PROBL = problemas de comportamento; HS = habilidades sociais; AI: avaliação intermediária; Pós: avaliação pós-intervenção; FU3 = *follow-up* de 3 meses; FU6 = *follow-up* de 6 meses;

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos sobre as habilidades sociais das crianças e os problemas de comportamento relatados pelos pais, após os mesmos participarem de uma intervenção com o Promove-Pais, com biblioterapia adaptada ("Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática"), a pais de crianças autistas. A intervenção foi realizada *on-line,* através da plataforma *google meet,* com dois grupos de responsáveis por crianças diagnosticadas com TEA, nível de suporte 1. Os resultados são discutidos a partir dos critérios de Villa e Aguiar (2012).

A amostra deste estudo foi composta exclusivamente por meninos, cujos responsáveis relataram comportamentos externalizantes como principais queixas comportamentais dessas crianças. A predominância dessas queixas era esperada, ao considerar que crianças do sexo masculino apresentam, com maior frequência, comportamentos problema deste tipo (Bolsoni-Silva et al., 2015). Estes se apresentam na relação da criança com outras pessoas, e geram impacto para o indivíduo e para o meio social (Achenbach & Rescorla, 2001). Entre eles, estão: agressividade, impulsividade e hiperatividade (Bolsoni-Silva et al., 2016), que, neste estudo, se expressaram a

partir dos comportamentos de gritar, bater e jogar itens, conforme relatado pelos responsáveis. Durante a formulação de cada caso, observou-se que estes comportamentos eram mantidos por consequências reforçadoras, que a partir de uma análise não linear, demonstram um déficit inicial em habilidades sociais (p.ex.: negociar e pedir ajuda), tolerância à frustração e respostas de contra-controle à coerção dos responsáveis.

Em relação às habilidades sociais infantis avaliadas, observa-se efeitos sobre a frequência e variabilidade. A frequência diz respeito ao número de respostas emitidas por um período de tempo, enquanto que a variabilidade indica a quantidade de topografias que são emitidas pelo sujeito, que compõem uma classe funcional de habilidades sociais. Assim, todos os participantes apresentam alteração ou melhora sobre esses domínios.

Os resultados encontrados são condizentes com os observados por Pinheiro et al. (2006), Bolsoni-Silva et al. (2008a, 2008b), Kanamota et al. (2017), Bolsoni-Silva et al. (2012), no primeiro grupo, Grassi (2025) e Oliveira (2025). Entretanto, diferentemente do presente estudo, esses trabalhos não especificam se as mudanças observadas ocorreram na frequência das respostas ou na sua variabilidade. Essa distinção é relevante, uma vez que, no presente estudo, as mudanças observadas ocorreram predominantemente na variabilidade das respostas, enquanto observa-se estabilidade na frequência. Assim, embora os resultados sejam convergentes quanto à ocorrência de mudanças no repertório parental, o presente estudo permite uma análise mais específica da dimensão em que essas mudanças ocorreram.

É importante distinguir se a mudança ocorre na frequência ou topografia pois o clínico pode ser capaz de avaliar a sua intervenção, os efeitos sobre o cliente e sugerir novas decisões clínicas. Em caso de aumento na frequência, é possível hipotetizar que novas contingências estão presentes no ambiente da criança, reforçando os comportamentos emitidos, e permitindo sua ocorrência em novas oportunidades. Porém, caso a resposta seja emitida em apenas uma forma/topografia, esta resposta pode ser inadequada em novos contextos e oportunidades, impedindo o acesso ao reforço pelo sujeito, e reforçando padrões repetitivos e estereotipados de comportamento. Isto exige que o clínico amplie a classe de respostas para maior adequação social do indivíduo.

Já em caso de aumento na variabilidade, hipotetiza-se que o repertório da criança se expandiu e ela apresenta novas topografias de comportamento, seja por modelação ou modelagem. Porém, sem informações relacionadas à frequência, não é possível concluir se este novo comportamento é emitido constantemente ou em apenas uma ocasião, e indica ao clínico que este necessita ampliar as oportunidades para a evocação de respostas do aprendiz, seja a partir de estratégias antecedentes ou consequentes.

Neste estudo, embora as crianças tenham iniciado com repertório satisfatório em termos de frequência de habilidades sociais no RE-HSE-P, os dados do SDQ indicavam que C2 e C3, assim

como C1 (segundo relato de MC1), apresentavam uma frequência de respostas insuficiente (repertório limítrofe). Além disso, observou-se repertório clínico no que se refere à variabilidade topográfica dessas respostas pelo RE-HSE-P. Ao final da intervenção, os pais passaram a classificá-las de maneira não clínica, tanto em relação a frequência (SDQ e RE-HSE-P) quanto à variabilidade (RE-HSE-P). Assim, considerando os dados de ambos os instrumentos, o objetivo da intervenção consistiu em aumentar a variabilidade e frequência topográfica dessas respostas, resultado que foi alcançado ao término do estudo.

Os efeitos sobre as habilidades sociais infantis são observados e mantidos em todas as medidas avaliadas, por exceção de C3, que não apresenta estabilidade no *follow-up* de 6 meses, assim como observado também por Oliveira (2025). Variáveis que não estão sob controle da intervenção podem ter influência sobre a perda da estabilidade de C3. MC3 relata, durante a avaliação de *follow-up* de 6 meses, que a piora no comportamento da criança está relacionada com a queda do tempo de qualidade com seu filho. A avaliação de *follow-up* de 6 meses aconteceu em um período de férias escolares, e a mãe relata que a criança se manteve sob os cuidados da avó materna. Além disso, MC3 descreve que, neste mesmo período, aumentou sua carga horária de trabalho. O relato da mãe pode indicar maior criticidade sobre as variáveis que controlam o comportamento do filho, em decorrência do refinamento do seu próprio autoconhecimento e aumento da responsividade parental. Para Skinner (1953/2003), o autoconhecimento é fundamental para o monitoramento e autocontrole dos próprios comportamentos, e maior responsividade parental torna os cuidadores mais atentos a perceber e interpretar os comportamentos infantis (Alvarenga et al., 2016). Porém, também pode ser hipotetizado que o repertório não se manteve pois refletiu a queda dos escores de frequência de habilidades sociais educativas parentais emitidas pela sua responsável (para conferência, checar Tabela 9), alterando a relação entre os dois participantes. Considerando que comportamentos das crianças são ambiente para o comportamento parental e vice-versa (Skinner, 1953/2003), a queda na frequência de habilidades sociais de C3 pode ter sido uma variável crítica para a redução de respostas sociais habilidosas da criança.

É importante ressaltar que os resultados obtidos a partir do instrumento QRSH-Pais não indicam mudança de status clínico de C2, C3 e C1 (pelo relato de MC1). Este instrumento investiga respostas que ocorrem além da díade cuidador-criança. Dessa forma, pode ser entendido que respostas socialmente habilidosas que aumentaram de frequência e variabilidade com os cuidadores não aumentaram de frequência e variabilidade em outros contextos, podendo indicar a necessidade de estruturar uma intervenção para generalização do repertório (p.ex.: escola ou outros cuidadores).

De acordo com a revisão sistemática e de meta-análise de Yorke et al. (2018), os informantes sobre problemas de comportamento de crianças autistas são, em geral, a mãe ou o pai. Os mesmos autores indicam que torná-los informantes pode não ser a escolha mais adequada, pois

pais em sofrimento psicológico percebem comportamentos disruptivos de forma mais problemática do que outros pais. Além disso, descrevem que confiar em uma única fonte de informação pode limitar a veracidade dos resultados, e os comportamentos descritos enquanto problemáticos podem não coincidir com o que é problemático por outras pessoas significativas. Este aspecto é observado ao comparar os resultados obtidos a partir do QRSH-Pais por MC1 e PC1 sobre C1, especialmente na avaliação de *follow-up* de seis meses. Na escala de enfrentamento, os pais classificam os comportamentos do filho com grande diferença, observado através dos escores atribuídos. Esta situação pode indicar diferenças na percepção dos cuidadores quanto à gravidade e frequência dos comportamentos de C1, que ressalta a limitação de auto-relatos e a importância de ampliar a avaliação e junto à outros observadores, como com professores e outros familiares. Cabe considerar também que tais diferenças podem refletir das particularidades das interações estabelecidas entre cada cuidador e a criança. Comportamentos parentais distintos podem produzir diferentes oportunidades de interação e respostas entre cuidador-criança.

Considerando que os dados obtidos pelo QRSH atingem respostas fora da interação entre pais e filhos, e a importância de ampliar a avaliação com outros cuidadores, evidencia-se a necessidade de realizar a intervenção com estes indivíduos. Tanto MC2 como MC3 citam outros cuidadores em seus relatos, como a irmã de C2 e a avó de C3. Na presente pesquisa, não foram obtidas informações de como esses cuidadores se comportam com as crianças, que poderiam estar reforçando, punindo ou ofertando modelos alternativos de comportamento para as crianças, diferentemente do que foi trabalhado com os pais durante a intervenção com o Promove-Pais. Tampouco foi avaliado com outros informantes como as crianças se comportam nesses espaços.

Em relação à problemas de comportamento, observa-se sua presença no repertório comportamental de todas as crianças anteriormente à intervenção, de acordo com todos os instrumentos utilizados: ABC, a *checklist* elaborada pelas autoras, o domínio de comportamentos problema avaliado pelo RE-HSE-P e pelo SDQ.

A partir do RE-HSE-P, observa-se que 2 das 3 crianças (C1 e C3) apresentaram redução na variabilidade de problemas de comportamento emitidos. Os dados convergem com outros estudos que realizaram intervenções para desenvolver práticas parentais e obtiveram redução nos problemas de comportamento infantis (para mais informações, ver Bolsoni-Silva et al., 2008a; Pinheiro et al., 2006; Bolsoni-Silva et al., 2008b; Bolsoni-Silva et al., 2012 & Kanamota et al., 2017). Observa-se também que os efeitos de melhora permanecem ao longo das avaliações de *follow-up*. Este dado atende a limitação dos estudos de Pinheiro et al. (2006) e Bolsoni-Silva et al. (2008a), que questionaram a durabilidade dos efeitos das intervenções.

O instrumento ABC também indica melhora na irritabilidade de C1 e C2 e na letargia e hiperatividade de C1, para ambos os responsáveis. Essa melhora é observada em pelo menos um

momento das avaliações. Os dados obtidos convergem com aqueles encontrados por Oliveira (2025), que encontrou resultados com significância clínica em irritabilidade e hiperatividade em seus participantes.

Observa-se que a melhora do repertório social e a diminuição dos comportamentos problema observados nesse estudo vai de encontro com o ponto de vista de Goldiamond (2002/1974) e Sturmey (1996), que descrevem que a terapia comportamental deve promover repertórios alternativos capazes de fornecer ao indivíduo que se comporta os mesmos reforçadores que estão disponíveis quando os comportamentos problema são emitidos. Assim, as crianças passaram a emitir respostas socialmente habilidosas em detrimento a comportamentos problema.

A partir do *formulário google* para avaliação de frequência e intensidade dos comportamentos problema, observou-se que todos os participantes apresentaram melhora a partir da redução dos episódios. Porém, na última avaliação, houve um aumento na frequência de emissão desses comportamentos. Durante a coleta destes dados, os pais foram questionados sobre as variáveis que poderiam ter influenciado este aumento. MC1 e PC1 informam que os comportamentos problema aumentaram de frequência após o nascimento da segunda filha e irmã de C1. MC3, por sua vez, descreveu como variáveis intervenientes a falta de rotina da criança no período de férias, por estar sendo cuidado pelas avós, e pela sua mudança de trabalho, que impactou diretamente na qualidade das interações com seu filho.

Entendendo que problemas de comportamento são multifatoriais, mudanças em variáveis que não estão sob controle da intervenção (p.ex.: rotina, outros cuidadores e configuração familiar) podem influenciar sua ocorrência. O estudo em questão buscou promover o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais; entretanto, outras contingências, além daquelas diretamente relacionadas ao comportamento-problema, podem se relacionar ao comportamento queixoso e continuar exercendo influência sobre eles (Goldiamond, 2002/1974). C1 vivenciou o nascimento de sua irmã, enquanto C3 passava seu período de férias sob o cuidado de diferentes cuidadores. Essas condições podem ter contribuído para o aumento dos comportamentos problema identificados em avaliação.

Embora tenha sido observado aumento, concomitante a essas variáveis que não estão sob controle da intervenção, os dados obtidos pelos instrumentos a partir do relato dos pais indicam que, de modo geral, a ocorrência ainda foi menor do que quando comparada ao período pré-intervenção. Assim, considerando que repertórios parentais mais habilidosos podem atuar enquanto fatores de proteção em contextos adversos, levanta-se a hipótese de que tais habilidades aprendidas na intervenção pelos responsáveis de C1 e C3 tenham exercido função protetiva, diminuindo a intensidade e escalada dos comportamentos-problema.

Todos os participantes do estudo não apresentavam escores clínicos em relação à frequência de habilidades sociais ou de problemas de comportamento a partir do RE-HSE-P. Isso significa que emitiam respostas socialmente habilidosas e problemas de comportamento em frequência adequada, não sendo considerado comportamentos em classificação clínica. Ao término, mantiveram-se estáveis em seus escores. Nesse sentido, a aplicação do Promove-Pais neste estudo pode ser considerada prevenção universal, ao considerar indivíduos sem critérios clínicos elegíveis à intervenção, assim como também observado por Oliveira (2025). O programa também foi aplicado na modalidade de intervenção seletiva, para indivíduos com características clínicas em variabilidade de habilidades sociais e problemas de comportamento, e mostrou-se efetivo para promoção de mudanças a partir de ampliações e reduções, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo descrever os efeitos de um programa interventivo orientado pelo Promove-Pais em pais de crianças autistas nível 1 de suporte, sobre os comportamentos das crianças, considerando habilidades sociais e problemas de comportamento. Os achados indicam melhora sobre o repertório de habilidades sociais e redução na variabilidade de problemas de comportamento. Mantiveram suas reservas, observadas durante as avaliações iniciais.

Os resultados sugerem que uma intervenção utilizando o Promove-Pais, em contexto clínico, pode ser realizada com cuidadores de crianças autistas, especialmente aquelas nível 1 de suporte, verbais e com problemas de comportamento. Considerando que as crianças participantes deste estudo realizavam apenas uma hora semanal de intervenção, os dados indicam que intervenções com seus responsáveis podem representar uma alternativa complementar para redução de problemas de comportamento e ampliação de respostas sociais satisfatórias, desde que prescrita após avaliação clínica por analista do comportamento capacitado. Além disso, a intervenção pode ser conduzida de maneira remota e em formato grupal, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços, redução de filas de espera e a diminuição de custos tanto para os responsáveis quanto para administradores clínicos, uma vez que essa modalidade possibilita o atendimento simultâneo de múltiplas famílias por um mesmo terapeuta.

Este estudo apresenta pontos fortes e limitações. Enquanto ponto forte, destaca-se o uso de avaliações pré-teste, pós-teste e de *follow-up*, permitindo acompanhar os efeitos da intervenção a longo prazo. Apesar de ser observado um aumento na frequência de problemas de comportamento na avaliação de *follow-up* de seis meses, os pais foram capazes de identificar variáveis contextuais associadas a essa mudança. Sugere-se maior sensibilidade dos cuidadores às contingências ambientais, mas também a hipótese de que o repertório parental desenvolvido possa ter atuado

enquanto fator de proteção, mitigando a intensidade e escalada dos problemas de comportamento. Considerando a multifatoriedade dos comportamentos problema, estudos futuros podem realizar intervenções combinadas que incluam outros cuidadores e pessoas significativas no ambiente da criança, ampliando o alcance de mudanças comportamentais.

Enquanto limitação, destaca-se a ausência de observações diretas do comportamento dos pais e das crianças, a fim de aumentar a precisão dos dados referentes aos problemas de comportamento e habilidades sociais infantis. Com o objetivo de garantir a generalização dos dados obtidos para outros ambientes, pode ser importante realizar intervenções combinadas com outros cuidadores e responsáveis.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the Achenbach System of Empirically Based Assessment school-age forms profiles*. Burlington, VT: ASEBA.

Aguiar, A. A. R., Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção* (1. ed.). Editora da Universidade Federal de São Carlos.

Alvarenga, P. A., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, *18*(1), 4–21. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.827

American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arruabarrena, I., Rivas, G. R., Cañas, M., & De Paúl, J. (2022). The Incredible Years parenting and child treatment programs: A randomized controlled trial in a child welfare setting in Spain. Psychosocial Intervention, 31(1), 43–58. https://doi.org/10.5093/pi2022a2

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2020). SRS-2: Escala de Responsividade Social (L. Borges & N. Hauck Filho, Adapt.; 2ª ed.). Hogrefe. (Obra original publicada como Social Responsiveness Scale, Second Edition).

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

Barbosa, I. G., Rodrigues, D. H., Rocha, N. P., Simões-e-Silva, A. C., Teixeira, A. L., & Kummer, A. (2015). Propriedades psicométricas da escala de responsividade social-2 para transtornos do espectro autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 64*, 230–237.

Belei-Martins, C. G. (2021). Depressão, ansiedade e habilidades sociais em ingressantes do curso de Psicologia: caracterização e intervenção [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências]. Repositório institucional da UNESP.

Boas, A. C. V. B. V., & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Habilidades sociais educativas de mães separadas e sua relação com o comportamento de pré-escolares. *Psico-USF*, *15*(3), 301–310. https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300004

Bolsoni-Silva, A. T., & Abbud, G. (2025). O uso de manuais de orientação parental. In A. B. Chamati & C. M. Pereira (Orgs.), Parentalidade: teoria e prática clínica sob a ótica da análise do comportamento (p. 219). Instituto PAR.

Bolsoni-Silva, A. T., & Borelli, L. M. (2012). Treinamento de habilidades sociais educativas parentais: Comparação de procedimentos a partir do tempo de intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *12*(1), 36–58.

Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, *5*(2), 91–103. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i2.74

Bolsoni-Silva, A. T., & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove-Pais: Treinamento de habilidades sociais educativas: Um guia teórico e prático* (1ª ed.). Hogrefe.

Bolsoni-Silva, A. T.; Levatti, G. E.; Guidugli, P. M.; Marim, V. C. M. (2015). Problemas de comportamento, em ambiente familiar em escolares e pré-escolares diferenciados pelo sexo. Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology (IJP), 49(3), 3541-364. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/284/28446020007.pdf

Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2020). Evidence of validity for Socially Skillful Responses Questionnaires: SSRQ-Teachers and SSRQ-Parents. Psico-usf, 25(1), 155–170. https://doi.org/10.1590/1413-82712020250113

Bolsoni-Silva, A. T., Oliveira, J. E., & Loureiro, S. R. (2024). Roteiro de Entrevista de Habilidades sociais educativas para pais (RE-HSE-P): Estudos de Validade Confirmatória. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/10619

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. (2016). *Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P): Manual técnico*. São Paulo: Hogrefe/Cetepp.

Bolsoni-Silva, A. T., Salina-Brandão, A., Rosin-Pinola, A. R., & Versuti-Stoque, F. M. (2008a). Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: Um estudo-piloto. *Psicologia: Ciência e Profissão, 28*(1), 18–33. https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000100003

Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008b). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *10*(2), 125-142. Recuperado em 24 de setembro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000200002&lng=pt&tlng=pt.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2012). Intervenções Baseadas em Evidências e Método JT. In M. B. Villa, A. A. R. Aguiar, & Z. A. P. Del Prette (Eds.), *Intervenções Baseadas em Evidências: aplicações do método JT* (pp. 11–25). São Carlos: EdUFSCar. Gardner, L. M., Campbell, J. M., Keisling, B., & Murphy, L. (2018). Correlates of DSM-5 autism spectrum disorder levels of support ratings in a clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(10), 3513–3523. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3620-z

Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behavior and Social Issues, 11*(2), 108–197. (Original work published 1974).

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.

Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(5),581-586.

Gotham, K., Pickles, A., & Lord, C. (2012). Trajectories of autism severity in children using standardized ADOS scores. *Pediatrics*, *130*(5), e1278–e1284. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3668

Gray, K. M., & Tonge, B. J. (2001). Are there early features of autism in infants and preschool children? *Journal of Paediatrics and Child Health, 37*(3), 221–226. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2001.00653.x

Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1), 12-19. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(10), 3393–3415. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y

Journal, F., Franchini, M., Godel, M., Kojovic, N., Latrèche, K., Solazzo, S., Schneider, M., & Schaer, M. (2024). Phenotyping variability in early socio-communicative skills in young children with autism and its influence on later development. Autism research : official journal of the International Society for Autism Research, 17(10), 2030–2044. https://doi.org/10.1002/aur.3188

Kaat, A. J., Lecavalier, L., & Aman, M. G. (2014). Validity of the Aberrant Behavior Checklist in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(5), 1103–1116. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1970-0

Kanamota, P. F. C., Bolsoni-Silva, A. T., & Kanamota, J. S. V. (2017). Efeitos do programa promove-pais, uma terapia comportamental aplicada a cuidadoras de adolescentes com problemas de comportamento. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 25*(2), 197–214. Recuperado de https://www.redalyc.org/journal/2745/274551146004/html/

Li, B., Bos, M. G., Stockmann, L., & Rieffe, C. (2020). Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. *Autism, 24*(1), 200–210. https://doi.org/10.1177/1362361319874644

Li, N., Peng, J., & Li, Y. (2021). Effects and moderators of Triple P on the social, emotional, and behavioral problems of children: Systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 12, Article 709851. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709851

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. (2011). Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 909–923. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500009

Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., Lim, P. Y., Lin, C. T., & Narayanasamy, S. G. (2022). Effectiveness of the Incredible Years parenting program for children with behavioral problems: An experience in a developing country during a pandemic. Children and Youth Services Review, 142, Article 106629. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106629

Medeiros, F. A., Rovaris, J. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2023). PROMOVE-PAIS: Um programa de promoção de práticas educativas parentais positivas. In O. M. P. R. Rolim & V. A. Pereira (Orgs.), *Parentalidade (responsável): Investigações, intervenções e programas – Um livro para pais e profissionais* (Vol. 1, pp. 47–68). Curitiba: CRV.

Nogueira, S., Canário, A. C., Abreu-Lima, I., Teixeira, P., & Cruz, O. (2022). Group Triple P intervention effects on children and parents: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(4), Article 2113. https://doi.org/10.3390/ijerph19042113

Oliveira, T., & Bolsoni-Silva, A. T. (2025). *Efeitos do promove-pais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)* (Tese de Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru.

Orti, N. P., Bratifish, M., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Assessment of the effects of a parental intervention with mothers of children with internalizing problems. *Advances in Research, 4*(5), 279–292. https://doi.org/10.9734/AIR/2015/16181

Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(3), 407–414. https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300009

Rojas-Andrade, R., & Bahamondes, L. L. (2019). Is implementation fidelity important? A systematic review on school-based mental health programs. *Contemporary School Psychology, 23*(4), 339–350. https://doi.org/10.1007/s40688-018-0188-6Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P–Positive Parenting Program. Annual Review of Clinical Psychology, 8, 345–379. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104

Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas), 29*(4), 619–629. https://doi.org/10.1590/S1678-46642012000400010

Skinner, B. F. (2003). Ciência e comportamento humano. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)

Souza, J. F. de. (2023). Programa de intervenção on-line em práticas parentais e habilidades sociais educativas para familiares de filhos com Transtorno do Espectro Autista (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Instituto de Psicologia. http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/21818

Villa, M. B., & Aguiar, A. A. R. (2012). Método JT: uma ferramenta alternativa para avaliação de intervenções. In M. B. Villa, A. A. R. Aguiar, & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Intervenções baseadas em evidências: aplicações do método JT* (Vol. 1, pp. 51–78). Edufscar.

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2018). *Programa de qualidade na interação familiar: Manual para aplicadores* (3ª ed.). Curitiba, PR: Juruá.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105–124. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_12

Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). *The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis.*

DISCUSSÃO GERAL

Como objetivo geral, essa dissertação avaliou os efeitos do Programa Promove-Pais e biblioterapia adaptada (“Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática”) nas habilidades sociais educativas parentais e saúde mental de responsáveis por crianças autistas pré-escolares nível de suporte 1, bem como sobre as habilidades sociais e problemas de comportamentos dessas crianças. Também avaliou processualmente variáveis envolvidas durante o ensino das habilidades parentais, com foco no comparecimento das sessões, frequência e qualidade da entrega das tarefas de casa, além da satisfação dos participantes.

Os responsáveis que compuseram a D1 iniciaram a intervenção com reservas comportamentais importantes relacionadas a habilidades sociais educativas parentais, em uma análise considerando a variabilidade dessas respostas. Em contrapartida, as participantes da D2 iniciaram a intervenção com baixo repertório dessa habilidade. Ao término da intervenção, todos apresentaram mudança no escore, sendo que três participantes apresentaram mudanças clinicamente significativas. Em relação à emissão de respostas que compõem práticas negativas, todos os participantes apresentaram um repertório de entrada com indicação clínica e finalizaram com indicações não clínicas, com uma participante da dupla dois apresentando mudança significativa confiável.

Os achados permitem hipotetizar que a redução na variabilidade de práticas negativas pode estar associada ao aumento das HSE-P, uma vez que estas respostas são funcionalmente equivalentes a comportamentos agressivos e coercitivos. No caso da D1, é possível supor que os cuidadores tenham passado a utilizar o repertório que já possuíam em um novo contexto, isto é, no estabelecimento de limites. Em relação à D2, pode-se hipotetizar que as participantes ampliaram esse repertório na interação positiva, e posteriormente passaram a utilizá-la em momentos em que era necessário estabelecer limites. De modo geral, os resultados permitem inferir que os pais aprenderam a estabelecer limites de forma mais positiva, em substituição às práticas negativas anteriormente utilizadas.

Em relação à saúde mental, observou-se melhora nos indicadores de depressão de dois pais, e piora em outros dois. Apenas um indicou melhora na ansiedade, e outros dois, piora. Assim, pode ser descrito que não foram observados efeitos consistentes sobre a saúde mental dos responsáveis.

Considerando o conceito de comportamento social de Skinner (1979/2000) em que a ação de um sujeito é ambiente para a ação do outro, entende-se por que a literatura em parentalidade assume que o aumento ou diminuição de frequência de comportamentos habilidosos ou pouco habilidosos dos filhos estão associados a comportamentos dos pais (Cia et al., 2006; Santos et al., 2019). Em

decorrência da mudança no comportamento parental, justifica-se os efeitos da intervenção sobre os comportamentos infantis.

A amostra foi composta exclusivamente por filhos meninos. Em seu repertório de entrada, todos apresentaram alta variabilidade de comportamentos socialmente habilidosos, e assim mantiveram-se, com mudança positiva confiável observada em de três de quatro relatos. Em relação à frequência, todos iniciaram com classificação clínica e apenas um apresentou mudança para classificação limítrofe ao término da intervenção. Tanto em relação a frequência como em variabilidade, apesar da maioria das crianças não indicarem mudança na classificação, foi observado ampliação do repertório, pois apresentaram mudança nos escores de entrada e saída, sendo indicado melhora ou recuperação, de acordo com o Método JT.

Em relação a problemas de comportamento, três de quatro relatos indicavam variabilidade clínica para problemas de comportamento, que foi alterado para não clínica ao término da intervenção. Apesar do RE-HSE-P indicar que todas as crianças iniciaram com uma reserva comportamental importante (baixa frequência de emissão destes comportamentos), o formulário que acompanhou a frequência dos comportamentos problema descritos pelos cuidadores indicou que todas as crianças apresentaram alta frequência de pelo menos um comportamento disruptivo, sendo reduzido a mais da metade ao término da intervenção.

É possível hipotetizar que, da mesma forma que seus pais, os meninos passaram a utilizar suas reservas comportamentais para lidar com as questões do dia-a-dia, diminuindo a emissão de comportamentos disruptivos na interação com seus pais. Assim como exposto por Kazdin (2021), os estímulos ambientais que a criança é exposta possibilitam o aumento ou redução de chances de desenvolver repertórios comportamentais habilidosos ou prejudiciais ao seu desenvolvimento, como os problemas de comportamento. Nesse contexto, há uma ampla literatura que indica que práticas parentais negativas estão associadas a uma maior probabilidade de emissão de comportamentos problema pelas crianças (Achenbach & Rescorla, 2001), bem como relações fragilizadas entre pais e filhos (Stasiak et al., 2014). Considerando que as práticas educativas parentais são influenciadas pelas habilidades sociais dos cuidadores, compreende-se que cuidadores com déficits em habilidades sociais apresentam práticas negativas, e fornecem modelos de comportamento pouco habilidosos para os filhos (Medeiros et al., 2023). Por outro lado, pais socialmente habilidosos utilizam-se de práticas positivas, que reduzem a incidência de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva e Fogaça, 2018) e fornecem modelos de comportamento adequado para as crianças. Por esse motivo, a orientação parental tornou-se uma estratégia de intervenção utilizada para lidar com problemas de comportamento infantil (Kazdin, 2021), e intervenções voltadas a esse público são promissoras para redução de problemas de comportamento e melhora nas relações pai-filho,

explicando por que uma intervenção realizada com pais provoca efeitos sobre os comportamentos infantis.

Os resultados obtidos vão de acordo com o que é encontrado nos estudos sobre orientação parental com foco no desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais. A revisão sistemática de Ragni et al. (2022) analisou dez estudos que investigaram intervenções voltadas às práticas parentais de cuidadores de crianças com deficiência. Oito dos dez estudos incluíram exclusivamente mães enquanto participantes. Nove estudos demonstraram redução dos comportamentos desafiadores das crianças, sendo que quatro identificaram essas mudanças através de relato parental. Além disso, oito estudos relataram aumento de práticas parentais positivas e interações pais-filhos mais adequadas, avaliados através de observação direta. No que se refere à saúde mental, os estudos que avaliaram essa variável não identificaram mudanças significativas em depressão e ansiedade. Embora as intervenções apresentassem formatos diferentes (ie. *Incredible Years*, *Triple P* e outras), todas incluíram princípios semelhantes (ie. aprendizagem social e estratégias da análise do comportamento aplicada), com o objetivo de intervir sobre a interação pai-filho.

Em relação às tarefas de casa, amplamente utilizadas em intervenções com foco em ensino de habilidades sociais, foi observado que todos os participantes entregaram mais da metade. Os desafios para entrega estavam relacionados a dificuldades práticas, como esquecer de realizar a tarefa. Quando realizavam as tarefas, os participantes, em sua maioria, aplicavam e descreviam variáveis.

Ao observar os resultados obtidos pela D1 e pela D2, entende-se que a intervenção focada no desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais mostrou-se efetiva para o desenvolvimento de práticas parentais positivas e redução de práticas coercitivas. Também observou-se redução dos comportamentos interferentes e o aumento das habilidades sociais das crianças. Os estudos de Oliveira-Franco (2022), Bearss et al. (2015), Postorino et al. (2017) e Scahill et al. (2016) corroboram com estes dados, ao evidenciar que pais que participam de programas de orientação parental apresentam melhora sobre habilidades sociais infantis e na redução de comportamentos disruptivos.

Em comparação aos resultados obtidos pelas D1 e D2, notou-se melhor desempenho da dupla 1 em relação às habilidades sociais educativas parentais (fator de variabilidade), redução de práticas negativas e habilidades sociais infantis. Por outro lado, uma participante da D2 (MC3) apresentou melhora nas práticas positivas e redução nas práticas coercitivas. Tanto a D1 quanto a D2 mostraram redução nos problemas de comportamento das crianças.

Para estudos futuros, sugere-se revisão com um maior número de participantes, para novas conclusões sobre eficácia do programa. Enquanto limitações do estudo, estão: dados coletados por

meio de autorrelato, o que pode gerar viés. Delineamento sem grupo controle, que pode limitar a atribuição causal dos efeitos observados. Além disso, o número reduzido de participantes e a utilização de dois instrumentos para mensuração dos dados que não são validados para a população de crianças autistas, como o QRSH-Pais e SDQ. Assim, os dados normativos utilizados para interpretação dos resultados do Método JT utilizaram-se de amostras de crianças neurotípicas pré-escolares (para conferência, ver Bolsoni-Silva et al., 2020; Giacomini et al., 2023).

CONCLUSÃO GERAL

Este trabalho apresenta um modelo de orientação parental que pode ampliar habilidades sociais educativas parentais e reduzir práticas negativas. Além disso, indica que a partir dessa mudança comportamental, observa-se efeitos sobre o comportamento das crianças, especialmente sobre a redução de problemas de comportamento.

Os estudos, que tiveram como objetivo verificar os efeitos de uma intervenção orientada pelo Promove-Pais sobre as habilidades sociais educativas parentais, saúde mental dos pais, habilidades sociais infantis e problemas de comportamento, sugerem mais uma vez, corroborando com dados da literatura que estuda parentalidade, que mudanças nas práticas parentais estão diretamente relacionadas aos comportamentos infantis. Ressalta a importância de intervenções direcionadas aos cuidadores enquanto fator de desenvolvimento e proteção de crianças, também com desenvolvimento atípico. Aliado a isso, os resultados reforçam que a formulação de caso, indicada por manuais que norteiam intervenções em ABA, contribuem para o estabelecimento de objetivos consistentes e adequados às necessidades individuais de cada família participante.

Além disso, os dados processuais e a permanência dos participantes até o término da intervenção sugere aceitação da intervenção, validade social e pode indicar viabilidade clínica do formato remoto e grupal.

Porém, o estudo apresenta limitações, como a coleta de dados a partir do autorrelato dos cuidadores. Novos estudos podem ser realizados com o objetivo de verificar os efeitos a partir de uma avaliação direta com os responsáveis e seus filhos. Da mesma forma, intervenções combinadas podem ser realizadas, seja com as crianças a partir de um ensino em habilidades sociais, seja com outros responsáveis pelos seus cuidados.

A partir desses resultados, pode ser importante incluir a orientação parental na intervenção com crianças autistas com problemas de comportamento, representando uma alternativa às intervenções focadas exclusivamente nas crianças, já que os participantes deste estudo demonstraram redução em suas práticas negativas. Ao compreender os problemas de comportamento como fenômenos multifatoriais, abrem possibilidades para incluir cuidadores como

participantes e responsáveis pela diminuição desses comportamentos a partir do desenvolvimento de outras habilidades, sejam essas habilidades parentais ou infantis.

Ressalta-se que a amostra contou com crianças que realizavam no máximo uma hora de intervenção semanal em terapias baseadas na abordagem analítico-comportamental. Assim, tanto no ponto de vista clínico quanto econômico, investir em orientação parental pode reduzir os custos de terapia, como desenvolver comportamentos infantis socialmente validados, a partir da participação da família.

Contudo, não foram observados efeitos consistentes sobre os indicadores de ansiedade e depressão dos responsáveis, sugerindo que mudanças em práticas parentais não implicam, necessariamente, alterações concomitantes na saúde mental. Isso sugere que os pais de crianças autistas podem necessitar de intervenções focadas para a saúde mental, seja a partir de acompanhamento psicológico individual, em grupo ou psiquiátrico.

Este estudo indica resultados importantes sobre a generalização do uso do Promove-Pais para responsáveis por crianças nível de suporte 1, mesmo que os responsáveis apresentem perfis iniciais diferentes (ie. casal ou mães organizadas por conveniência). A pesquisa indicou que o desenvolvimento das habilidades esteve mais relacionado ao engajamento na intervenção e nas tarefas de casa do que em relação ao perfil inicial. Os dados processuais indicam boa adesão à intervenção e execução satisfatória das tarefas de casa (três de quatro participantes), sugerindo viabilidade do modelo em formato remoto e grupal.

Até o momento o Promove-Pais apresentava dados de eficácia para crianças nível de suporte 2, como indicado por Grassi (2025) e Oliveira (2025). A partir do presente estudo, pode-se concluir que o Promove-Pais, utilizando a biblioterapia “Práticas Educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA: Teoria e Prática”, pode contribuir enquanto ferramenta de intervenção comportamental para desenvolvimento de HSE-P e redução de práticas negativas em grupo para responsáveis de crianças autistas suporte 1, com possíveis efeitos sobre os comportamentos infantis.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the Achenbach System of Empirically Based Assessment school-age forms profiles*. Burlington, VT: ASEBA.

American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bagaiolo, L. F., Mari, J. de J., Bordini, D., Ribeiro, T. C., Martone, M. C. C., Caetano, S. C., Brunoni, D., Brentani, H., & Paula, C. S. (2017). Procedures and compliance of a video modeling applied behavior analysis intervention for Brazilian parents of children with autism spectrum disorders. *Autism, 21*(5), 603-610. https://doi.org/10.1177/1362361316677718

Barkley, R. A. (2013). Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training (3rd ed.). The Guilford Press.

Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L., & Scahill, L. (2015). Parent training in autism spectrum disorder: What's in a name? *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 170–182. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5

Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista, 16*(2), 330–350.

Bolsoni-Silva, A. T., & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove-Pais: Treinamento de habilidades sociais educativas: Um guia teórico e prático* (1ª ed.). Hogrefe.

Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *10*(2), 125–142. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i2.182

Bozoglan, B., & Kumar, S. (2022). Parenting styles, parenting stress, and hours spent on-line as predictors of child internet addiction among children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 52*(10), 4375–4383. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05562-0

Carmo, M. A., Zanetti, A. C. G., & Santos, P. L. (2019). *O ambiente familiar e o desenvolvimento da criança com autismo.* Revista de Enfermagem UFPE online, 13(1), 206–215. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237617p206-215-2019

Cia, F., Pereira, C. S., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filhos. *Psicologia em Estudo*, *11*(1), 73–81. https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100009

Clauser, P., Ding, Y., Chen, E. C., Cho, S.-J., Wang, C., & Hwang, J. (2021). *Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with autism.* School Psychology International, 42(1), 33–56. https://doi.org/10.1177/0143034320971675

Council of Autism Service Providers. (2024). *Applied behavior analysis treatment of autism spectrum disorder: Practice guidelines for healthcare funders and managers* (3rd ed.).

Cruz, A., Minetto, M., & Weber, L. (2019). Adaptação do "Programa de Qualidade na Interação Familiar" para famílias com filhos com transtorno do espectro autista. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 399–410. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1473

Cruz, A. C. B., Minetto, M. de F. J., Weber, L. N. D., Alencar, M. S. O., & de Oliveira, C. do R. S. (2022). Programa de qualidade na interação familiar e TEA: Validade social. *Psicologia Argumento, 40*(109). https://doi.org/10.7213/psicolargum40.109.AO07

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático*. Petrópolis: Editora Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento, 1*(2), 104–115.

Dogan, R. K. (2023). Parent Training Interventions to Applied Behavior Analysis (ABA). In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Applied Behavior Analysis for Children with Autism* (pp. 435–466). Switzerland: Springer.

Duarte, C. P., Silva, L. C., & Velloso, R. L. (2018). *Estratégias da análise do comportamento aplicada em pessoas com transtornos do espectro do autismo*. Memnon.

Falcão, A. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). *Promove crianças: Treinamento de habilidades sociais* (1ª ed.). Hogrefe.

Fang, Z., Liu, X., Zhang, C., Lachman, J. M., & Qiao, D. (2024). Parenting interventions that promote child protection and development for preschool-age children with developmental disabilities: A global systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(3), 2128–2142. https://doi.org/10.1177/15248380231207965

Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A., Wagner, A., & Silva, S. S. da C. (2019). *Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar*. *Psico, 50*(2), e30080. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30080

Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behavior and Social Issues, 11*(2), 108–197. (Original work published 1974).

Gomide, P. I. C., & Otoni da Silva, F. (2025). Instrumentos internacionais de práticas parentais utilizados no Brasil: Uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia, 28*(3). https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/86571

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.

Grassi, M. F. (2025). *Intervenções comportamentais na promoção de práticas educativas com responsáveis por crianças autistas: Revisão rápida de literatura e estudo clínico* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, SP, Brasil).

Gray, K. M., & Tonge, B. J. (2001). Are there early features of autism in infants and preschool children? *Journal of Paediatrics and Child Health*, *37*(3), 221–226. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2001.00653.x

Guisso, L., Bolze, S. D. A., & Vieira, M. L. (2019). Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: Uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos, 12*(1), 226–255. https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10

Guivarch, J., Ringuenet, D., Botbol, M., Falissard, B., & Saint-Georges, C. (2017). *Impact of an implicit social skills training group in children with autism spectrum disorder without intellectual disability: A before-and-after study*. PLOS ONE, 12(7), e0181159. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181159

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents.* Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (2021). *Research design in clinical psychology* (5ª ed.). Pearson. https://doi.org/10.1017/9781108993647

Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T. D. C. J., Foschiera, L. N., & Habigzang, L. F. (2020). Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16*(1), 2–9. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20200002

Lee, Y., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2022). *The effectiveness of the Stepping Stones Triple P seminars for Korean families of a child with a developmental disability*. *Heliyon, 8*(6), e09686. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09686

Medeiros, F. A., Rovaris, J. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2023). PROMOVE-PAIS: Um programa de promoção de práticas educativas parentais positivas. In O. M. P. R. Rolim & V. A. Pereira (Orgs.), *Parentalidade (responsável): Investigações, intervenções e programas – Um livro para pais e profissionais* (Vol. 1, pp. 47–68). Curitiba: CRV.

Morrill, M. I., Hawrilenko, M., & Córdova, J. V. (2016). A longitudinal examination of positive parenting following an acceptance-based couple intervention. *Journal of Family Psychology, 30*(1), 104–113. https://doi.org/10.1037/fam0000162

Mostarda, A. P. A., Santos, J. F. dos, Costa, L. de S., Zeidan, F. T. B., Pacheco, E. F., Garcês, L. M., Ferreira, A. C., Façanha, R. C., Dias Filho, C. A. A., Dias, C. J. M., Nascimento, M. A. do, Soares Junior, N. de J. S., & Mostarda, C. T. (2024). Análise sobre níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Caderno Pedagógico, 21*(10), e9643. https://doi.org/10.54033/cadpedv21n10-305

Oliveira, T., Grassi, M. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2024). *Práticas educativas a responsáveis por crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista - TEA* (v. 1, n. 1). Juruá Editora.

Oliveira, T. (2025). *Efeitos do promove-pais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)* (Tese de Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru.

Oliveira‑Franco, C. R. (2022). *Desenvolvimento de crianças com TEA e treino de parentalidade positiva para seus cuidadores* (Tese de doutorado, Programa de Pós‑Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Bauru). Repositório da UNESP. https://repositorio.unesp.br/entities/publication/52335a39-c94e-4d6f-8922-ec6c1d584c29

Passarelli, D. A., Bassetti, I., Carrenho, E. H., & Defino, A. C. B. S. (2023). *Treino de Habilidades Sociais em Crianças e Adolescentes com Autismo: Uma Revisão de Artigos Empíricos.* Perspectivas em Análise do Comportamento, 14(1), 84–96. https://doi.org/10.18761/ya891.1

Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (2002). *Antisocial Boys: comportamento anti-social*. Santo André: ESETec.

Pianovski, M. F., & Silveira, J. M. (2022). Orientação de pais on-line no tratamento do uso problemático de internet pela criança. Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento, 30(3). Recuperado de https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/83280

Pinto, A. S., & Constantinidis, T. C. (2020). Revisão integrativa sobre a vivência de mães de crianças com transtorno de espectro autista. *Revista Psicologia e Saúde, 12*(2), 89–103. https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.799

Pissaia, A. T. (2022). *Estilos parentais e comportamentos de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório UFES.

Postorino, V., Gillespie, S., Lecavalier, L., Smith, T., Johnson, C., Swiezy, N., Ruble, L., Vasa, R., & McNaughton, D. (2017). A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *20*(4), 391–402. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0237-2

Ragni, B., Boldrini, F., Mangialavori, S., Cacioppo, M., Capurso, M., & De Stasio, S. (2022). The efficacy of parent training interventions with parents of children with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), 9685. https://doi.org/10.3390/ijerph19159685

Rovaris, J. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2020). Práticas educativas maternas e repertórios comportamentais infantis: Um estudo de comparação e predição. *Revista de Psicología*, *38*(1), 243–273. https://doi.org/10.18800/psico.202001.010

Santos, E. B., & Wachelke, J. (2019). Relações entre habilidades sociais de pais e comportamento dos filhos: uma revisão da literatura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 14*(1), 1–15.

Scahill, L., Bearss, K., Lecavalier, L., Smith, T., Swiezy, N., Aman, M. G., Sukhodolsky, D. G., McCracken, C., Minshawi, N., Turner, K., Levato, L., Saulnier, C., Dziura, J., & Johnson, C. (2016). Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum

disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* *55*(7), 602–609.e3. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.001

Serrão, A. B. A. (2021). *Habilidades sociais: Um estudo com pais de crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Maranhão]. Centro de Ciências Humanas.

Silva, M. E. M. (2022). *Intervenção ampliada baseada nos programas Promove Pais e Promove Crianças sobre o status sociométrico de rejeição em escolares* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Repositório da USP. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20122022-113551/

Silva, M. L. I. da, & Vieira, M. L. (2018). Relações entre a parentalidade e a personalidade de pais e mães: Uma revisão integrativa da literatura. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 18(1), 361–383. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100020

Skinner, B. F. (2003). Ciência e comportamento humano. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)

Souza, J. F. de. (2023). *Programa de intervenção on-line em práticas parentais e habilidades sociais educativas para familiares de filhos com Transtorno do Espectro Autista* (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, RJ.

Stasiak, G. R., Dobrianskyj Weber, L. N., & Tucunduva, C. (2014). Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Psico*, *45*(4), 494–501. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15846

Tiura, M., Reynolds, S., & Dube, W. (2017). Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. *Research in Developmental Disabilities, 70*, 185–197. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.008

van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., de Ruiter, S. W., van Aken, M. A. G., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. J. (2013). Are parental autism spectrum disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms related to parenting styles in families with ASD (+ADHD) affected children? *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(11), 671–681. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0402-8

van Tongerloo, M. A. M. M., van Wijngaarden, P. J. M., van der Gaag, R. J., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Raising a child with an Autism Spectrum Disorder: "If this were a partner relationship, I would have quit ages ago." *Family Practice, 32*(1), 88–93. https://doi.org/10.1093/fampra/cmu073

Virues-Ortega, J., Pérez-Bustamante, A., & Tarifa-Rodriguez, A. (2022). Evidence-based applied behavior analysis (ABA) autism treatments: An overview of comprehensive and focused meta-analyses. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorder* (Chapter 27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-88538-0_27

Wahdan, M. M., Malak, M. Z., Al-Amer, R., Ayed, A., Russo, S., & Berte, D. Z. (2023). Effect of Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays (IY-ASD) program on stress and behavioral management skills among parents of children with autism spectrum disorder in Palestine. Journal of Pediatric Nursing, 72, 45–52. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.03.018

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2006). Programa de qualidade na interação familiar: Orientação e treinamento para pais. *Psico, 37*(2), 139–150. https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1428

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2018). *Programa de qualidade na interação familiar: Manual para aplicadores* (3ª ed.). Juruá.

Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1993). What really happens in parent training? *Behavior Modification, 17*(4), 407–456.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105–124. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_12

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) para participar da pesquisa *"***EFEITOS DA APLICAÇÃO DO PROMOVE-PAIS TEA EM RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE AUTISMO***"*, que será desenvolvida na Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP, pela pesquisadora de mestrado Barbara Cristina Mesquita (CRP 06/176363). Nesta pesquisa, pretende-se avaliar os efeitos de um Treinamento de Habilidades Sociais Educativas (THSE) sobre as práticas dos pais e/ou responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Para esta pesquisa serão adotados os seguintes procedimentos: a) avaliações de sondas; b) avaliação inicial dos participantes; c) aplicação da adaptação do PROMOVE-Pais (PROMOVE-Pais TEA) a ser realizado em 15 encontros; d) avaliação após o último encontro do THSE, com os mesmos instrumentos da avaliação inicial e e) avaliação de seguimento após a passagem de três e seis meses da última intervenção (*avaliação de seguimento*).

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização.

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e o (a) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possibilidade de um desconforto ao responder a entrevista e aos questionários; bem como cansaço pela quantidade de instrumentos e tempo da avaliação e intervenção. Caso isso ocorra, a pesquisadora fará o encaminhamento para um suporte psicológico em uma clínica-escola de instituição de ensino superior que oferece esse apoio de forma gratuita na comunidade. Além disso, poderá desistir da pesquisa a qualquer momento.

A pesquisa contribuirá para maior compreensão de como as práticas parentais estão relacionadas às habilidades sociais, bem como podem ser modificadas a partir de intervenções relacionadas. De forma direta, é esperado que ao responder aos instrumentos o Sr. (a) desenvolva um momento de reflexão e autoconhecimento, auxiliando na maior compreensão da sua relação com o seu filho (a). Além disso, entende-se que a participação nos encontros possa levar ao

conhecimento de diferentes estratégias que auxiliem nos cuidados do (s) seu (s) filho (s).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo, serão destruídos. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa *"***EFEITOS DA APLICAÇÃO DO PROMOVE-PAIS TEA EM RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE AUTISMO***",* de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, _____ de _____ de 2024.

Nome: _____ Data: _____

_____
Assinatura participante

Nome: _____ Data: _____

_____
Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas, você poderá consultar:

Nome do Pesquisador Responsável: Barbara Cristina Mesquita, CRP 06/176363. E-mail: b.mesquita@unesp.br e Telefone: (16) 98805-6853. Rua Dr Fernando Magalhães, nº 315, apartamento 36, São José do Rio Preto.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP de Bauru/SP. E-mail: cepesquisa.fc@unesp.br Telefone: (14) 3103-9400. Horário de Funcionamento: 8h às 12h e 13h30 às 17h30, de segunda a sexta-feira.

APÊNDICE B - Justificativa de dispensa do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Conforme a Resolução 510/2016, art 12 e 14:

> Art.12. Deverá haver justificativa da escolha de crianças, de adolescentes e de pessoas em situação de diminuição de sua capacidade de decisão no protocolo a ser aprovado pelo sistema CEP/CONEP.
> Parágrafo único. Nos casos previstos no caput deverão ser obtidos o assentimento do participante e o consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais do participante da pesquisa, preservado o direito à informação e à autonomia do participante, de acordo com a sua capacidade.
>
> Art. 14. Quando for inviável a realização do processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a dispensa desse processo deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP para apreciação.

A presente pesquisa apresenta a justificativa para uso de termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais, que respondam em seu nome e nome de seus filhos quanto a participação, justifica os pontos:

- A intervenção será diretamente com os pais das crianças, embora as crianças sejam participantes em avaliação, filmagem e observação;

- A população investigada, crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em nível leve, podem ter alterações significativas em cognição e linguagem, o que afeta a compreensão e assentimento;

- A criança será informada sobre a presença da pesquisadora e pesquisa, mas não garante que essa compreenda o contexto experimental;

- A escolha da população foi realizada por relevância social de intervenções relacionadas a essa população e contribuição científica.

APÊNDICE C - Formulário Google: Respostas Operacionalizadas.

Olá! Essa avaliação refere-se aos comportamentos de [nome da criança]. Iremos avaliar a frequência dos comportamentos não desejados que ele/a apresenta. Responda com a maior precisão que puder. Vamos lá?

Data: __/__/__

Na última semana, o meu filho…	Frequência				
	Nunca (0)	Raramente (1-3 vezes)	Ocasionalmente (4-6 vezes)	Frequentemente (7-9 vezes)	Muito frequente (≥ 10 vezes)
[descrição do comportamento]					
[descrição do comportamento]					
[descrição do comportamento]					

Na última semana, na maioria das vezes, o comportamento do meu filho ocorreu em uma intensidade...	Intensidade			
	Não se aplica	Leve	Moderado	Severo
[descrição do comportamento]				
[descrição do comportamento]				
[descrição do comportamento]				

Muito obrigada

Clique em enviar.

APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada sobre comportamentos interferentes.

Vamos pensar sobre os problemas de comportamento do seu filho?

Nome do responsável que está respondendo:
Data: __/__/__

Quando iniciamos nossos atendimentos, você citou alguns problemas de comportamento que seu filho apresentava. Como eles estão hoje? Você percebe o surgimento de outros problemas de comportamento?

APÊNDICE E - Avaliação do programa.

Nome do responsável que está respondendo:

Data: __/__/__

1. O que te motivou a se inscrever no nosso grupo de intervenção do Promove-Pais? Caso exista uma queixa, ela foi solucionada?
2. O que te motivou a participar até o término das quinze sessões?

APÊNDICE F - Significância clínica e índice de mudança confiável: responsáveis

Tabela 22

Significância clínica e índice de mudança confiável do PHQ-9

Escala	Participantes			
PHQ-9	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
	S1 e Pré Intervenção			
	1.066 AM	-3.198 **MNC**	11.726 **MPC**	5.330 **MPC**
	Pré e Avaliação Intermediária			
	-1.066 AM	1.066 AM	6.396 **MPC**	-5.530 **MNC**
	Pré e Pós intervenção			
	-2.132 **MNC**	5.330 **MPC**	1.066 AM	1.066 AM
	Pré e *Follow-up*: 3 meses			
	-3.198 **MNC**	4.264 **MPC**	6.369 **MPC**	-3.198 **MNC**
	Pré e *Follow-up*: 6 meses			
	0.000 AM	6.396 **MPC**	-1.066 AM	-2.132 **MNC**

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável

Tabela 23

Significância clínica e índice de mudança confiável do GAD-7

Escala	Participantes			
GAD-7	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
	S1 e Pré Intervenção			
	1.211 AM	-1.614 AM	3.229 **MPC**	2.422 **MPC**
	Pré e Avaliação Intermediária			
	0.000 AM	0.807 AM	0.000 AM	-2825 **MNC**
	Pré e Pós intervenção			
	-0.404 AM	1.614 AM	0.404 AM	-0.807 AM
	Pré e *Follow-up*: 3 meses			
	0.404 AM	2.422 **MPC**	0.807 AM	-2.018 **MNC**
	Pré e *Follow-up*: 6 meses			
	0.404 AM	1.614 AM	-3.229 **MNC**	-4.843 **MNC**

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável

Tabela 24

Significância clínica e índice de mudança confiável da variabilidade comportamental pelo RE-HSE-P

RE-HSE-P	Participantes			
Escala	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
	Pré e Pós Avaliação			
HSE-P	2.143 **MPC**	5.000 **MPC**	0.714 AM	1.429 AM*
CONT	0.634 AM	3.489 **MPC**	-1.903 AM	1.903 AM
TOTAL POS	1.236 AM	6.594 **MPC** *	0.824 AM	2.267 **MPC**
PR NEG	1.185 AM *	1.185 AM *	0.000 AM	2.371 **MPC** *
TOTAL NEG	5.155 **MPC**	0.859 AM	0.000 AM	3.723 **MPC**
	Pré e *Follow-up*: 3 meses			
HSE-P	2.857 **MPC**	2.143 **MPC**	0.000 AM	4.286 **MPC***
CONT	1.586 AM	0.952 AM	-2.220 **MNC**	0.317 AM
TOTAL POS	2.473 **MPC**	2.267 **MPC** *	-1.236 AM	2.473 **MPC**
PR NEG	1.482 AM *	0.889 AM *	0.000 AM	2.667 **MPC** *
TOTAL NEG	5.155 **MPC**	2.005 **MPC**	0.573 AM	4.009 **MPC** *
	Pré e *Follow-up*: 6 meses			
HSE-P	1.429 AM	5.714 **MPC**	0.714 AM	3.572 **MPC***
CONT	2.220 **MPC**	2.855 **MPC**	-0.317 AM	2.855 **MPC**
TOTAL POS	2.267 **MPC**	3.915 **MPC** *	1.649 AM	3.091 **MPC**
PR NEG	1.482 AM *	0.889 AM *	1.778 AM *	2.964 **MPC** *
TOTAL NEG	5.155 **MPC**	2.291 **MPC**	2.577 **MPC** *	4.296 **MPC** *

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável; *significância clínica

Tabela 25

Significância clínica e índice de mudança confiável da frequência comportamental pelo RE-HSE-P

RE-HSE-P	Participantes			
Escala	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
	Pré e Pós Avaliação			
HSE-P	0.714 AM	1.429 AM	2.857 **MPC** *	-0.714 AM
CONT	0.604 AM	0.302 AM	0.000 AM	0.302 AM
TOTAL POS	1.030 AM	0.824 AM	1.442 AM *	0.618 AM
PR NEG	-0.593 AM	0.296 AM	0.593 AM	2.075 **MPC** *
TOTAL NEG	-0.286 AM	0.859 AM	0.573 AM	2.577 **MPC**
	Pré e *Follow-up*: 3 meses			
HSE-P	0.714 AM	1.429 AM	2.857 **MPC** *	1.429 AM
CONT	0.000 AM	0.302 AM	0.302 AM	0.604 AM

TOTAL POS	0.618 AM	1.649 AM	1.442 AM *	1.236 AM *
PR NEG	0.296 AM	0.296 AM	0.000 AM	2.371 **MPC** *
TOTAL NEG	0.286 AM	0.859 AM	0.000 AM	2.864 **MPC**
		Pré e *Follow-up*: 6 meses		
HSE-P	0.714 AM	0.714 AM	4.286 **MPC** *	2.857 **MPC**
CONT	-0.302 AM	0.302 AM	0.302 AM	0.604 AM
TOTAL POS	0.824 AM	0.824 AM	1.649 AM *	1.030 AM
PR NEG	0.296 AM	0.593 AM	1.185 AM	2.371 **MPC** *
TOTAL NEG	-0.286 AM	0.573 AM	1.146 AM	2.864 **MPC**

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável; *significância clínica

APÊNDICE G - Significância Clínica e Índice de Mudança Confiável: crianças

Tabela 26

Significância Clínica e Índice de Mudança Confiável do SDQ

SDQ	Participantes			
Escalas	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
		S1 e pré avaliação		
Sintomas Emocionais	0.000 AM	0.000 AM	0.000 AM	0.000 AM
Problemas de conduta	0.980 AM	0.980 AM	-0.490 AM	0.490 AM
Hiperatividade	1.622 AM	-0.811 AM	0.000 AM	0.000 AM
Problema com pares	1.521 AM	0.507 AM	1.014 AM	-0.507 AM
Pró-Social	0.561 AM	0.000 AM	-0561 AM	0.000 AM
Total	1.715 AM	0.191 AM	0.191 AM	0.000 AM
		Pré e avaliação intermediária		
Sintomas Emocionais	0.430 AM	0.859 AM	0.000 AM	0.000 AM
Problemas de conduta	0.000 AM	0.980 AM	0.490 AM	0.980 AM
Hiperatividade	-1.216 AM	0.811 AM	-0.811 AM	-0.811 AM
Problema com pares	-0.507 AM	0.507 AM	0.000 AM	0.000 AM
Pró-Social	-0.427 AM	-0.427 AM	-0.214 AM	-0.214 AM
Total	-0.214 AM	1.334 AM	-0.191 AM	0.000 AM
		Pré e pós-intervenção		
Sintomas Emocionais	0.000 AM	1.289 AM	0.430 AM	0.000 AM
Problemas de conduta	0.000 AM	0.490 AM	0.490 AM	0.490 AM
Hiperatividade	-0.811 AM	0.811 AM	0.000 AM	-0.405 AM
Problema com pares	1.014 AM	0.507 AM	0.507 AM	0.000 AM
Pró-Social	0.000 AM	-0.561 AM	1.683 AM	0.561 AM
Total	0.381 AM	1.334 AM	0.572 AM	0.000 AM
		Pré e *Follow-up*: 3 meses		
Sintomas Emocionais	0.859 AM	1.289 AM	-0.859 AM	0.859 AM
Problemas de conduta	0.980 AM	0.980 AM	0.000 AM	1.470 AM
Hiperatividade	-0.811 AM	2.027 **MPC**	0.000 AM	-0.405 AM
Problema com pares	1.521 AM	0.507 AM	0.000 AM	0.000 AM
Pró-Social	1.122 AM	0.561 AM	1.122 AM	-0.561 AM
Total	0.953 AM	2.096 **MPC**	-0.381 AM	0.762 AM
		Pré e *Follow-up*: 6 meses		
Sintomas Emocionais	0.430 AM	0.859 AM	0.000 AM	0.859 AM
Problemas de conduta	1.470 AM	0.490 AM	0.490 AM	0.490 AM
Hiperatividade	0.000 AM	2.433 **MPC**	0.405 AM	1.216 AM
Problema com pares	0.507 AM	0.507 AM	1.521 AM	0.000 AM
Pró-Social	1.122 AM	0.000 AM	1.122 AM	-0.561 AM
Total	2.804 **MPC**	5.609 **MPC**	2.804 **MPC**	3.365 **MPC**

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável;

Tabela 27

Significância Clínica e Índice de Mudança Confiável do QRSH-Pais

QRSH-Pais	Participantes			
Escala	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
		S1 e pré avaliação		
Total	0.000 AM	-0.141 AM	0.000 AM	-0.283 AM
		Pré e avaliação intermediária		
Total	-0.283 AM	0.000 AM	-0.141 AM	0.989 AM
		Pré e pós-intervenção		
Total	0.707 AM	0.141 AM	0.283 AM	0.848 AM
		Pré e *Follow-up*: 3 meses		
Total	0.989 AM	0.707 AM	0.141 AM	0.707 AM
		Pré e *Follow-up*: 6 meses		
Total	-0.424 AM	0.989 AM	0.141 AM	-0.283 AM

AM: Ausência de mudança;

Tabela 28

Significância Clínica e Índice de Mudança Confiável do ABC

ABC	Participantes			
Escalas	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
		Pré e pós-intervenção		
Irritabilidade	1.250 AM	5.000 **MPC**	2.750 **MPC**	0.750 AM
Letargia	1.856 AM	4.242 **MPC**	0.530 AM	-0.265 AM
Estereotipia	0.000 AM	1.705 AM	1.279 AM	0.853 AM
Hiperatividade	1.456 AM	5.094 **MPC**	1.456 AM	1.213 AM
Fala Inapropriada	0.922 AM	0.000 AM	1.382 AM	-0.922 AM
		Pré e *Follow-up*: 3 meses		
Irritabilidade	3.000 **MPC**	3.750 **MPC**	1.500 AM	1.500 AM
Letargia	2.386 **MPC**	5.037 **MPC**	-0.265 AM	-0.265 AM
Estereotipia	0.426 AM	1.279 AM	0.853 AM	0.000 AM
Hiperatividade	2.183 **MPC**	3.639 **MPC**	0.728 AM	0.243 AM
Fala Inapropriada	0.000 AM	1.382 AM	1.382 AM	-0.461 AM
		Pré e *Follow-up*: 6 meses		
Irritabilidade	0.500 AM	3.750 **MPC**	3.000 **MPC**	1.000 AM
Letargia	0.530 AM	2.121 **MPC**	1.591 AM	0.000 AM
Estereotipia	0.000 AM	1.279 AM	1.279 AM	0.426 AM
Hiperatividade	0.970 AM	3.639 **MPC**	1.698 AM	-1.213 AM

Fala Inapropriada	-0.922 AM	1.382 AM	1.382 AM	-1.382 AM

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável;

Tabela 29

Significância clínica e índice de mudança confiável da frequência e variabilidade comportamental de problemas de comportamento e habilidades sociais infantis pelo RE-HSE-P

RE-HSE-P	**Participantes**			
Escala	**MC1**	**PC1**	**MC2**	**MC3**
	Pré e Pós Avaliação			
HS Variab.	0.000 AM	6.800 **MPC**	4.372 **MPC**	1.457 AM
HS Freq.	0.971 AM*	0.486 AM*	1.457 AM	1.943 AM*
PROB Variab.	2.909 **MPC***	2.078 **MPC**	0.416 AM	1.247 AM*
PROB Freq	0.000 AM	0.416 AM	0.000 AM	0.416 AM
	Pré e *Follow-up*: 3 meses			
HS Variab.	1.457 AM	2.429 **MPC**	0.486 AM	2.429 **MPC**
HS Freq.	0.971 AM*	2.429 **MPC***	0.971 AM	1.457 AM*
PROB Variab.	2.701 **MPC***	2.909 **MPC***	0.831 AM	0.831 AM*
PROB Freq	0.000 AM	0.416 AM	0.000 AM	0.416 AM
	Pré e *Follow-up*: 6 meses			
HS Variab.	1.457 AM	2.914 **MPC**	3.400 **MPC**	1.943 AM
HS Freq.	1.943 AM*	0.971 AM *	1.457 AM	0.000 AM
PROB Variab.	2.493 **MPC***	2.909 **MPC***	0.623 AM	1.039 AM*
PROB Freq	-0.416 AM	0.000 AM	0.000 AM	0.416 AM

AM: Ausência de Mudança; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável; *significância clínica

APÊNDICE H - Descrição breve das sessões

Encontro 1

Apresentação, autismo, comunicação e socialização.

O primeiro encontro iniciou-se com uma dinâmica de integração. A primeira autora se apresentou e convidou os participantes para se apresentarem. Regras e combinados foram estabelecidos sobre a importância do sigilo do que fosse conversado, falar e ouvir a todos, evitar agressões verbais para se expressar, cumprir horários de chegada e saída, comprometimento com a tarefa de casa e leitura da biblioterapia para os encontros. Ao término desse momento, perguntas disparadoras foram feitas, para avaliar o repertório de entrada dos participantes sobre o autismo: características gerais e aquelas que os filhos apresentam. Com isso, a pesquisadora teve a oportunidade de validar, corrigir e complementar as respostas realizadas pelos responsáveis. Em seguida, a pesquisadora apresentou o conceito de funcionalidade dos comportamentos e quatro possíveis funções: acessar itens de preferência, encerrar situações indesejadas, chamar atenção e sensorialmente agradável. Em seguida, os pais foram convidados a realizar o primeiro exercício: descrever quais são as principais características que os filhos apresentam, sejam eles relacionados ao diagnóstico ou não, e identificá-los enquanto respostas em alta ou baixa frequência. Após a descrição, foi realizada uma nova pergunta disparadora: "quais comportamentos citados estão relacionados com a comunicação e a socialização?" e em seguida: "o que é comunicação, como ocorre a sua comunicação e como seu filho se comunica?". As respostas foram validadas e parafraseadas para fomentar a discussão, e outras reforçadas diferencialmente. Em seguida, formas distintas de comunicação foram exemplificadas pela pesquisadora, para modelar respostas futuras dos responsáveis. Por fim, a última pergunta disparadora foi realizada, sendo ela: "o que é comportamento social?". Para encerrar o encontro, uma tarefa de casa foi disponibilizada para promover reflexão sobre o assunto discutido. Os pais foram convidados a avaliar a sessão.

Encontro 2

Iniciar e manter conversação.

Para iniciar o segundo encontro, a pesquisadora solicitou aos responsáveis que os mesmos realizassem as leituras das tarefas de casa, disponibilizadas no encontro anterior. Eram solicitadas reflexões a respeito do manejo realizado e criado hipóteses sobre os efeitos desejáveis e indesejáveis a curto e longo prazo sobre o comportamento da criança, considerado enquanto deficitário ou em excesso pelo responsável. Em seguida, o tema sobre "comunicação" foi iniciado ao ser realizado perguntas de reflexão, como "o que é comunicação?", e outras perguntas de acordo

com o que é previsto na biblioterapia adaptada. Os pais foram convidados a informar se manter conversas com seus filhos era uma tarefa fácil no cotidiano, e refletir quais contextos consideravam mais adequados ou inadequados iniciar e manter comunicação. As respostas eram reforçadas diferencialmente, em especial aquelas que continham informações semelhantes às indicadas na biblioterapia adaptada (ie. a conversa depende de determinados contextos e estímulos, como o local que ela ocorre; o estado de humor daqueles que conversam e entre outros). Os pais foram convidados a expor as formas que conheciam para iniciar conversas, e a pesquisadora introduziu novas topografias, relacionando com situações já relatadas pelos participantes. Por fim, a tarefa relacionada ao encontro foi disponibilizada. Os pais foram convidados a avaliar a sessão.

Encontro 3

Fazer e responder perguntas.

Para iniciar o terceiro encontro, a pesquisadora solicita aos pais que leiam suas tarefas de casa. Em seguida, a primeira pergunta disparadora é realizada: "quais são as funções/motivos para fazer perguntas?". As respostas dos responsáveis são reforçadas ou modeladas. Em seguida, a pesquisadora disponibiliza três funções principais para o comportamento de fazer perguntas: 1) fazer pedidos; 2) dar sugestões e 3) dar ordens e 4) conhecer a criança (ie. seus gostos, pensamentos e sentimentos). Os pais são convidados a descrever quais são os contextos e assuntos que geralmente fazem perguntas às crianças, e aquelas que percebem que as crianças estão mais motivadas a conversar. Os pais são convidados a refletir sobre outras variáveis que podem contribuir para a participação das crianças nas conversas e no responder perguntas. Para finalizar o encontro, a tarefa de casa é disponibilizada e os pais são convidados a avaliar a sessão.

Encontro 4

Expressar sentimento positivo, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer.

Após o convite e apresentação da tarefa de casa pelos responsáveis, uma pergunta disparadora é realizada para iniciar a sessão: "estamos valorizando os comportamentos habilidosos das crianças?". Após o relato dos cuidadores, os pais são questionados sobre barreiras sociais e individuais que dificultam a expressão de sentimentos positivos, agradecimentos e elogios. Uma nova pergunta disparadora é realizada: "qual é o momento ideal para expressar sentimentos positivos, elogiar, dar/receber feedback positivo ou agradecer?". As respostas são reforçadas diferencialmente ou corrigidas, se necessário. Imagens de crianças são disponibilizadas para que os pais treinem como elogiar, agradecer, dar feedback e expressar sentimentos positivos. Uma economia de fichas elaborada pela pesquisadora é apresentada, enquanto estratégia para reforçar comportamentos. A sessão é encerrada com a apresentação da tarefa e um convite para que avaliem a sessão.

Encontro 5

Conhecer direitos humanos básicos

O encontro se inicia com a apresentação da tarefa de casa pelos responsáveis. Em seguida, eles são convidados a nomear quais são os direitos que seus filhos e eles possuem enquanto cidadãos. A pesquisadora apresenta leis que asseguram os direitos de crianças autistas. Em seguida, uma brincadeira é realizada para os pais refletirem se respeitam ou não os 12 direitos básicos dos filhos, incluindo ter opiniões, cometer erros e recusar pedidos. Os pais são convidados a dizer se observam-se ou não respeitando esses direitos na interação com seus filhos e os efeitos que o respeito ou o desrespeito provocam no comportamento da criança. A tarefa de casa e a avaliação da sessão são disponibilizadas aos responsáveis.

Encontro 6

Expressar e ouvir opiniões

Os responsáveis que realizaram a tarefa de casa apresentaram o conteúdo para a pesquisadora e ao segundo membro da dupla. Após esse momento, a pesquisadora realiza a primeira pergunta disparadora: "quais são as situações que vocês expressam opiniões?". As respostas fornecidas são validadas e nomeadas enquanto opiniões de concordância ou discordância pela pesquisadora. Os pais são questionados sobre a importância de expressar e ouvir opiniões. Um roleplay é realizado, com os seguintes passos: 1) o responsável deveria fazer uma pergunta ao outro responsável; 2) escutar a resposta; e 3) dar uma opinião de concordância ou discordância. Os responsáveis foram questionados como se sentiram nesse momento, e questionados a partir da pergunta disparadora: "os seus filhos se sentem à vontade para expressar opiniões?". O término da sessão ocorreu com a apresentação da tarefa, e a avaliação da sessão.

Encontro 7

Comportamento habilidoso e não habilidoso

Após apresentação da tarefa de casa, os pais foram convidados a descrever o que entendiam enquanto comportamentos habilidosos e não habilidosos. Em seguida, a partir de imagens de pessoas interagindo, os pais foram convidados a descrever quais características, a partir do comportamento observável dos indivíduos apresentados, relacionam-se com comportamentos habilidosos, não habilidosos passivos e não habilidosos ativos. Também foram convidados a descrever os efeitos que esses comportamentos poderiam trazer a curto, médio e longo prazo em relações interpessoais. Posteriormente, respostas comportamentais que poderiam ser emitidas por crianças foram apresentadas sem contexto, para que os pais classifiquem-na enquanto habilidosa ou

não habilidosa (p.ex.: imagem de uma criança andando de skate). A mesma imagem era disponibilizada em seguida com dois contextos (p.ex.: uma criança andando de skate na sala de aula e outra criança andando de skate no parque), para que eles refletissem se as respostas deixariam de ser habilidosas ou se tornaram habilidosas a partir de uma perspectiva que considerava o contexto. A discussão se deu a partir das imagens disponibilizadas. A pesquisadora solicitou aos pais que descrevessem comportamentos dos filhos que fossem habilidosos ou não habilidosos, na última semana. Ao término da sessão, a pesquisadora forneceu enquanto possibilidade aos responsáveis a apresentação de dicas visuais para que estas consigam dar modelo de respostas socialmente habilidosas às crianças autistas. A sessão foi encerrada com a apresentação da tarefa de casa e da avaliação da sessão.

Encontro 8

Expressar sentimentos negativos, solicitar mudança de comportamento, dar e receber feedback negativo.

Após a apresentação da tarefa realizada pelos cuidadores, a primeira pergunta disparadora foi realizada: "O que geralmente sentimos frente a um comportamento não habilidoso? Esse sentimento é normal?". As respostas foram acolhidas, e a pesquisadora normalizou sentimentos de frustração que podem ser sentidos quando as crianças emitem comportamentos considerados não habilidosos. Em seguida, um *behavioral skills training* (BST) foi realizado: 1) a pesquisadora forneceu a instrução de como realizar a expressão de sentimentos negativos, acompanhado com uma solicitação de mudança de comportamento. 2) Em seguida, forneceu o modelo de como realizar a ação com dois exemplos hipotéticos disponibilizados (i.e.: criança gritando para acessar alimentos e criança chorando para conseguir ajuda na tarefa de casa). 3) Os pais foram convidados a treinar a habilidade, a partir de uma situação real ocorrida na semana com o filho. 4) A pesquisadora forneceu um feedback aos responsáveis após o término desse momento. A sessão encerrou após a apresentação da tarefa de casa e da avaliação da sessão.

Encontro 9

Negociar, fazer e recusar pedidos.

A sessão foi iniciada com a apresentação e discussão da tarefa. Em seguida, os pais foram questionados a partir de uma pergunta disparadora: "quais são os motivos para fazer pedidos?". A partir das respostas dos cuidadores, os pais foram convidados a refletir como motivar as crianças a serem colaborativas com os pedidos, e como os adultos podem lidar com as negativas dadas pelas crianças aos pedidos realizados por eles. Outra pergunta disparadora foi realizada: "como negar os pedidos feitos pelas crianças?", e a discussão permitiu elaborar e treinar topografias para negar

pedidos, adicionando justificativas que contribuem com a compreensão da criança. Os pais foram convidados a citar pedidos que seus filhos fazem, que são seguidos por negativas, para treinar a habilidade. O término da sessão ocorreu após a apresentação da tarefa de casa e da avaliação da sessão.

Encontro 10

Lidar com críticas, admitir os próprios erros e pedir desculpas.

Os responsáveis que realizaram a tarefa de casa apresentaram o conteúdo para a pesquisadora e ao segundo membro da dupla. A partir da primeira pergunta disparadora (i.e. "como podemos realizar uma crítica?"), os responsáveis tiveram a oportunidade de descrever a forma como fazem críticas aos outros. Caso alguma crítica tenha sido feita com topografia que poderia ser danosa para a interação social, o outro responsável era convidado a sugerir uma outra maneira de realizá-la, e nomear como se sentiria caso fosse o ouvinte daquela crítica. Ao longo da sessão, exemplos reais fornecidos pelos pais provenientes da interação com a criança ou com outras pessoas da família foram utilizados para promover a inversão dos papéis, com o objetivo dos pais vivenciarem um contexto que cometeram erros e são criticados pelas crianças. Ao término, a tarefa foi apresentada e, em seguida, a avaliação da sessão.

Encontro 11

Estabelecer limites: consistência na forma como os pais e as mães interagem com a criança; estabelecimento de regras.

O encontro foi iniciado com o convite aos responsáveis para apresentar o conteúdo da tarefa de casa. Em seguida, a primeira pergunta disparadora foi realizada: "por que estabelecer regras para as crianças?". A partir dos comentários dos responsáveis, a pesquisadora disponibilizou figuras em sequência e solicitou aos pais que descrevessem a regra que havia sido exposta (p.ex.: figura de mãos sendo lavadas, uma seta, figura de uma criança se alimentando). Para representar os efeitos da inconsistência entre regras e combinados, uma imagem foi disponibilizada apresentando, inicialmente, dois responsáveis caminhando em percursos diferentes. Para indicar os benefícios da consistência entre regras e combinados, os mesmos personagens caminhavam em uma mesma estrada, e ao final dela, estava exposto um pote de ouro. Os pais foram convidados a descrever comportamentos individuais que permitem o caminhar em conjunto com o cônjuge, ou que levam o caminhar em direções opostas. Ao término, recursos facilitadores foram apresentados enquanto estratégias para estabelecimento de regras, como: histórias sociais, dicas visuais e economias de fichas. A tarefa de casa e avaliação da sessão foi disponibilizada e a sessão foi encerrada.

Encontro 12

Estabelecer limites: atitude dos pais que dificultam o estabelecimento de limite aos filhos

Após a apresentação e discussão da tarefa, os pais foram questionados sobre quais são os comportamentos que eles apresentam que poderiam dificultar o estabelecimento de limites aos filhos. Os comentários foram validados e os efeitos que essas práticas geram sobre os comportamentos das crianças, discutidos. Em seguida, a pesquisadora disponibilizou figuras que representam comportamentos parentais que são impeditivos ao estabelecimento consistente de limites. Situações reais vivenciadas pelas famílias e hipotéticas foram elencadas para exemplificar, com a possibilidade dos responsáveis sugerirem respostas alternativas. A tarefa de casa e a avaliação foi disponibilizada ao término da sessão

Encontro 13

Estabelecer limites: ignorar os comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto.

O início da sessão ocorreu após a apresentação e discussão da tarefa de casa. A sessão discorreu a partir de exemplos fornecidos pelos responsáveis dos comportamentos adequados e inadequados das crianças na última semana. A pergunta disparadora "quais comportamentos podemos ignorar?" norteou a discussão, e os pais foram convidados a avaliar a função do comportamento inadequado, e a efetividade do manejo de "ignorar". Após a apresentação da tarefa de casa e da avaliação da sessão, o atendimento foi encerrado.

Encontro 14

Estabelecer limites: ignorar os comportamentos problema, consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção e expressar afeto.

Os responsáveis que realizaram a tarefa de casa apresentaram o conteúdo para a pesquisadora. A sessão ocorreu a partir da pergunta disparadora: "como estabelecer regras em casa?" e "como estabelecer um combinado?". A partir de exemplos hipotéticos trazidos pela pesquisadora e por exemplos reais de comportamentos adequados e inadequados emitidos pelas crianças na última semana, a discussão foi conduzida para como obter comportamentos habilidosos a partir de regras e combinados, e como validá-los a partir de elogios e feedbacks positivos. A tarefa de casa e a avaliação foi disponibilizada ao término da sessão

Encontro 15: Dupla 1

Estabelecendo regras e combinados no dia a dia.

A sessão foi iniciada com a apresentação da tarefa de casa, que solicitava aos responsáveis a identificação dos combinados feitos com os filhos durante a semana, diferenciando aqueles que foram cumpridos dos que não foram, além de refletirem sobre os motivos e sentimentos envolvidos. A atividade possibilitou aos pais analisarem seus próprios comportamentos frente aos acordos estabelecidos e os efeitos gerados sobre o comportamento da criança. Em seguida, a pesquisadora deu início ao tema do encontro com perguntas disparadoras como: "Quais são as regras da casa?", "Como a criança foi comunicada sobre as regras presentes na casa?", "Como a criança reage quando regras são comunicadas?" e "Como vocês lidam com os protestos relacionados às regras?". As respostas foram validadas, complementadas e utilizadas para fomentar a discussão. Os pais foram questionados a sugerir qual a função do comportamento de protesto, e os efeitos ao permitir que a criança tenha acesso ao que deseja após emitir um comportamento disruptivo. A instrução "aguarde o momento de desorganização diminuir, e ajude a criança a completar a regra" foi apresentada como estratégia para o manejo comportamental aos comportamentos externalizantes nesse contexto. Na sequência, os pais foram convidados a refletir sobre os combinados atuais com os filhos, a partir da pergunta: "Quais são os combinados do momento?". A pesquisadora conduziu uma discussão sobre os ganhos que a criança pode ter ao seguir os combinados estabelecidos, com destaque ao reforço positivo e reconhecimento dos comportamentos habilidosos. Para sistematizar a elaboração de novos combinados, os responsáveis preencheram uma tabela com as informações: "quem faz?", "o que faz?", "como faz?" e "quando faz?", organizando responsabilidades tanto para os cuidadores quanto para a criança (ex.: "Quem: C1", seguido de "O que?", "Como?", "Quando?"). Foi enfatizado que, para que regras e combinados funcionem de forma efetiva, é necessário que haja consistência e repetição, tanto na aplicação quanto no reforço. Ao final da sessão, a tarefa de casa foi disponibilizada e os pais foram convidados a avaliar a sessão.

Encontro 15: Dupla 2

Os desafios da maternidade

A sessão foi iniciada com a retomada da tarefa de casa do encontro anterior, que envolvia a elaboração e cumprimento de combinados entre os responsáveis e as crianças. Os pais compartilharam suas experiências quanto aos combinados que foram ou não cumpridos, e os sentimentos associados a esses momentos. A partir disso, a pesquisadora introduziu o tema do encontro com a citação: "A culpa é considerada como um componente natural da maternidade" (Seagram & Deniluk, 2002). Em seguida, foi apresentada a reflexão de que a culpa pode resultar em

uma sensação de ineficácia, afetando negativamente o bem-estar físico, a saúde mental e a produtividade das mães (Harper & Arias, 2004). Foi destacado o estudo de Hays (1996), que aponta que mães, em comparação com pais, tendem a experimentar níveis mais elevados de culpa, mesmo quando a divisão de responsabilidades com os filhos é semelhante. A pesquisadora também propôs a distinção entre culpa e vergonha, destacando que a culpa se relaciona à ideia de ter cometido um erro em relação ao outro, enquanto a vergonha está vinculada a um julgamento interno de inadequação em relação a si (Kemper, 1987). Imagens confeccionadas pela autora foram utilizadas para exemplificar pressões sociais e culturais enfrentadas pelas mães, como o "mito da maternidade", "expectativas irreais" e julgamentos individuais e coletivos. A imagem de uma mulher sentada, cercada por pensamentos de cobrança externa, foi utilizada para ilustrar esses sentimentos. Em seguida, discutiu-se o chamado "efeito holofote", sendo a tendência de acreditar que as próprias ações estão sendo constantemente observadas pelos outros (Savitsky, 2000). Essa percepção foi representada a partir de uma imagem de uma mulher sobrecarregada carregando sacos pesados, rotulados como: expectativas irreais, mito da maternidade, julgamento social e efeito holofote. Para encerrar a sessão, foram apresentadas ações práticas para lidar com esses desafios, incluindo: psicoterapia, ampliação da rede de apoio, naturalização dos erros e pedido de desculpas, auto-observação de comportamentos, e fornecimento de previsibilidade para a criança, para redução da ansiedade. Em seguida, os responsáveis foram convidados a avaliar a sessão.