

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO -
UNESP Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Carine Ramos de Oliveira - Franco

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA E TREINO
DE PARENTALIDADE POSITIVA PARA SEUS CUIDADORES**

Bauru
2022

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO -
UNESP Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Carine Ramos de Oliveira - Franco

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA E TREINO
DE PARENTALIDADE POSITIVA PARA SEUS CUIDADORES**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, na linha de pesquisa: Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação da Professora Associada Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Bauru
2022

Oliveira-Franco, Carine Ramos.

Desenvolvimento de crianças com TEA e treino de parentalidade positiva para seus cuidadores/ Carine Ramos de Oliveira-Franco, 2022

149 f. : il.

Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista (Unesp). Faculdade de Ciências, Bauru, 2022

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Treino Parental. 3. Análise do Comportamento Aplicada. 4. Desenvolvimento Infantil. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



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

Aos 29 dias do mês de março do ano de 2022, às 14:00 horas, no(a) Google Meet, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de CARINE RAMOS DE OLIVEIRA-FRANCO, intitulada **Desenvolvimento de Crianças Com TEA e Treino de Parentalidade Positiva para seus Cuidadores**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências UNESPCâmpus de Bauru, Profa. Dra. MÓRGANA DE FATIMA AGOSTINI MARTINS (Participação Virtual) do(a) Faculdade de Educação / Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, Profa. Dra. REGINA BASSO ZANON (Participação Virtual) do(a) Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA (Participação Virtual) do(a) Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES

“A Vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem!”

(Guimarães Rosa)

AGRADECIMENTOS

Nestes quatro anos de doutorado esta frase me acompanhou e me motivou, ela fica exposta em um quadro na minha sala, na clínica onde eu trabalho. Muitas coisas mudaram neste período, foi um constante desassossego, e eu iniciarei meus agradecimentos justamente por aquelas pessoas que mais me proporcionaram coragem, apoio e muito me ensinaram neste período. Sou grata a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente para que este trabalho se concretizasse.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - câmpus Bauru, por todo subsídio teórico e técnico fornecido.

À minha querida orientadora, **Profª Drª Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues**, por toda compreensão, carinho, paciência, toda força nos momentos em que eu pensava não ser mais possível, obrigada por todas as contribuições e profissionalismo exemplar. Gratidão eterna por esta caminhada repleta de aprendizado e crescimento profissional e pessoal. Sigo me espelhando em ti e no que você representa para mim (uma mulher forte, empoderada, acolhedora e detentora de muito conhecimento).

Aos membros da banca de qualificação, **Profª Drª Morgana de Fátima Agostini Martins** e a **Profª Drª Alessandra Bolsoni Silva** por todas as excelentes contribuições para o presente trabalho e o carinho com que me acolheram mesmo em um momento de avaliação.

A todos da equipe da Integrar - Clínica de Saúde Interdisciplinar que acolheu meu projeto dando total suporte e sendo fundamentais para que o trabalho se concretizasse. Eu admiro muito o trabalho de cada uma de vocês, mulheres fortes e extremamente competentes.

Aos pais e às crianças participantes da pesquisa, que me ensinaram muito e me permitiram entrar no espaço doméstico, questionando a forma como eles entendiam a função de pai e de mãe e, ainda, compartilharam comigo suas experiências em trocas tão prazerosas.

Aos meus amados pais **Euri** e **Antônia**, que sempre prezaram pelos meus estudos, não há palavras que traduzam a enorme gratidão que tenho por vocês. Muito obrigada por sempre me apoiarem e me incentivarem em todos os meus projetos e por sempre estarem ao meu lado, dando apoio, suporte, colo e muito carinho, para que todas as conquistas que almejo se concretizem. O amor de vocês me proporcionou resiliência para enfrentar todos os desafios do crescimento emocional e profissional, desta importante etapa. À minha irmã **Caroline**, por sua amizade e por sempre me auxiliar.

Em especial ao meu amado companheiro de vida **Thiago Franco**, pela paciência e por sempre me encorajar quando os dias ficaram difíceis, pelo apoio e suporte em casa para que eu pudesse me dedicar a este projeto. Gratidão por todo amparo, carinho e companheirismo.

A todos os meus amigos e colegas que fizeram deste processo, um crescimento compartilhado, às minhas queridas amigas **Fernanda Longhini**, **Larissa Yokoyama** e **Táisa Scarpin Guazi**, grata por todo apoio e orientação que vocês me proporcionaram.

Obrigada a **Deus** pela força interior que me fez resistir a todos os dias em que eu pensei em desistir e a toda a espiritualidade que me impulsionou a concretização de um sonho e uma etapa tão importante em minha vida, me orientando e protegendo em todas as circunstâncias nas quais a vida exigiu de mim determinação e resiliência.

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

APRESENTAÇÃO

Eu sempre fui apaixonada por crianças e, desde pequena, eu sabia que trabalharia com elas. Crianças me motivam e me ensinam muito todos os dias, de uma forma de viver leve e brincando. O meu caminho cruzou com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na graduação, onde eu fiquei intrigada com um desenvolvimento tão singular. A minha primeira oportunidade como pesquisadora (iniciação científica) foi com bebês e suas famílias, onde aprendi muito sobre como o comportamento dos pais pode influenciar na qualidade do desenvolvimento de seus filhos. Nos meus estágios, ainda na graduação, tive a oportunidade de atender crianças com TEA e suas famílias e, foi neste momento que o tema do meu mestrado surgiu. A identificação dos sinais de TEA ainda é lenta e tardia no Brasil e, atendendo crianças com TEA, eu senti o quanto o diagnóstico precoce faz diferença no desenvolvimento de habilidades e diminuição de déficits causados pelo transtorno.

Assim, no mestrado, testei os resultados de um curso de identificação precoce de sinais de TEA na Educação Infantil, do sistema municipal, onde eu tive a oportunidade de proporcionar uma formação para mais de 90% dos professores e cuidadores da rede. Os resultados evidenciaram a eficácia do curso tanto em reconhecimento de sinais, como na manutenção desse conhecimento ao longo do tempo. Mas, reconheço que faltou verificar se aplicaram, na prática, esse conhecimento. Todavia, informalmente, após minha defesa, fui presenteada com uma informação de instituições que realizam diagnósticos, que o encaminhamento de crianças com sinais, de escolas de educação infantil, aumentou. A maioria desses diagnósticos assertivos culminaram em

encaminhamento para tratamento para essas crianças, que poderiam ainda estar em sofrimento.

Diante disso, a ideia inicial de minha pesquisa de doutorado era continuar a pesquisa com os professores de educação infantil, testando a viabilidade de um curso de formação em intervenção precoce a ser desenvolvido no ambiente escolar. No entanto, em 2020, uma pandemia viral impediu o funcionamento das escolas e, neste ano atípico, quem educou e estimulou os filhos em casa foram os cuidadores. Deste modo, a proposta precisou ser alterada, com foco no desenvolvimento de crianças com TEA e com a formação de seus pais, objeto de estudo desta tese.

OLIVEIRA-FRANCO, C.R. Desenvolvimento de crianças com TEA e treino de parentalidade positiva para seus cuidadores. 2022. 149f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2022.

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode resultar em atrasos no neurodesenvolvimento e tem como características prejuízos na comunicação social e nos padrões restritos de interesse e comportamentos. Entre as estratégias para reduzir prejuízos sociais e funcionais, estão os programas de intervenção para as crianças, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), assim como de programas para pais. Visou-se neste estudo avaliar os efeitos: a) do programa ABA e a associação com um programa para cuidadores sobre o desenvolvimento de crianças com TEA e, b) do programa para cuidadores sobre as suas práticas educativas e crenças sobre cuidados e estimulação infantil. Participaram do estudo, 32 pais (16 mães e 16 pais) e 16 crianças, entre dois a cinco anos. Os genitores foram divididos randomicamente em dois grupos, Experimental (GE) e o Controle (GC). Inicialmente responderam ao Inventário de Estilos Parentais para Mães e Pais de Bebês (IEPMB) e a Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado na Primeira Infância (E-CPPC). O desenvolvimento das crianças foi avaliado com o Inventário Portage Operacionalizado e com o Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VBMAPP). Após a avaliação todas as crianças foram submetidas ao programa ABA. Os pais do GE e do GC, participaram do Programa de Educação Positiva para Pais de Crianças em momentos distintos e a cada etapa uma nova avaliação foi feita com todos os instrumentos. Os dados obtidos foram organizados em quatro estudos. O Estudo 1 visou descrever e comparar práticas e crenças parentais, considerando o que fazem e o que acham importante fazer, sobre cuidados e estimulação de crianças com TEA, antes e depois do Programa para Pais. Os resultados da amostra toda apontaram que, no pré-teste, as mães apresentaram médias significativamente maiores de cuidados primários do que os pais. Após a intervenção, na comparação inter e intragrupos, observou-se médias significativamente maiores para GE após a intervenção. Mudanças significativas persistiram no follow-up para os dois grupos. No Estudo 2 pretendeu-se descrever e comparar os efeitos do programa para pais no relato das práticas educativas. Os resultados obtidos mostraram que as mães diferiram dos pais, antes da intervenção, apenas em abuso físico, mais frequentes entre elas. Tanto pais como mães do GE e do GC aumentaram significativamente as práticas positivas e diminuíram as negativas após a intervenção. Objetivou-se, no Estudo 3, descrever e comparar o desenvolvimento de crianças com TEA, quando expostas ao ABA e ao ABA associado ao programa de práticas positivas para os pais. As crianças apresentaram médias significativamente maiores em todas as áreas avaliadas, tanto comparando as duas linhas de base do GC, mostrando os efeitos favoráveis do ABA, como também após a participação dos pais no programa sobre parentalidade associado ao ABA. O Estudo 4 visou comparar o repertório verbal das crianças antes e depois do ABA e, também, quando associado à intervenção com os pais. Os resultados demonstraram que o programa de educação positiva para os pais associado ao ABA ampliou o repertório verbal das crianças de ambos os grupos, em todas as habilidades verbais avaliadas. Conclui-se que pais e mães se beneficiaram do programa de práticas educativas positivas associado ao

ABA, resultando em ampliação de repertório comportamental de seus filhos, ampliando as possibilidades de intervenções com essa população.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Treino Parental; Análise do Comportamento Aplicada; Desenvolvimento Infantil.

Abstract: Autism Spectrum Disorder (ASD) results in neurodevelopmental delays and is characterized by impairments in social communication and restricted patterns of interest and behaviors. Among the strategies to reduce social and functional impairments are stimulation programs for children, such as Applied Behavior Analysis (ABA), as well as programs for parents. This study aimed to evaluate the effects: a) of the ABA program and its associated with a program for caregivers on the development of children with ASD and, b) of the program for caregivers on their educational practices and beliefs about child care and stimulation. The study included 32 fathers (16 mothers and 16 fathers) and 16 children, aged between two and five years. The parents were randomly divided into two groups, Experimental (EG) and Control (CG). Initially, they responded to the Parenting Styles Inventory for Mothers and Fathers of Babies (IEPMB) and the Parental Beliefs and Early Childhood Care Practices Scale (E-CPPC). Children's development was assessed using the Operationalized Portage Inventory and the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VBMAPP). After the evaluation, all children were submitted to the ABA program. The parents of the EG and the CG participated in the Positive Education Program for Parents of Children at different times and at each stage a new assessment was made with all the instruments. The data obtained were organized into four studies. Study 1 aimed to describe and compare parenting practices and beliefs, considering what they do and what they think is important to do, about care and stimulation of children with ASD, before and after the Parents Program. The results of the entire sample showed that, in the pre-test, mothers had significantly higher means of primary care than fathers. After the intervention, in the inter- and intra-group comparison, significantly higher means were observed for EG after the intervention. Significant changes persisted at follow-up for both groups. In Study 2, we intended to describe and compare the effects of the program for parents in the reporting of educational practices. The results obtained showed that the mothers differed from the fathers, before the intervention, only in physical abuse, which was more frequent among them. Both EG and CG fathers and mothers significantly increased positive practices and decreased negative ones after the intervention. The aim of Study 3 was to describe and compare the development of children with ASD when exposed to ABA and ABA associated with the program of positive parenting practices. Children had significantly higher averages in all areas evaluated, both comparing the two CG baselines, showing the favorable effects of ABA, and also after parents' participation in the ABA-associated parenting program. Study 4 aimed to compare the children's verbal repertoire before and after ABA and also when associated with the intervention with the parents. The results showed that the positive education program for parents associated with ABA expanded the verbal repertoire of children in both groups, in all verbal skills evaluated. It is concluded that fathers and mothers benefited from the program of positive educational practices associated with ABA, resulting in an expansion of their children's behavioral repertoire, expanding the possibilities of interventions with this population.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Parental Training; Applied Behavior Analysis; Child development.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	13
JUSTIFICATIVA	21
OBJETIVOS GERAIS	22
MÉTODO GERAL	22
Aspectos éticos.....	22
Delineamento do estudo	23
Participantes.....	24
Local.....	28
Instrumentos de coleta	29
Procedimento de coleta de dados.....	31
Procedimentos de análise dos dados.....	35
ESTUDO 1: Programa de educação positiva para pais e mães de crianças com TEA: efeito em crenças sobre cuidados e estimulação infantil	37
ESTUDO 2: Práticas educativas parentais antes e depois de um programa de educação positiva para pais de crianças com TEA	68
ESTUDO 3: Avaliação do desenvolvimento de crianças com TEA: efeitos do programa ABA e de um programa para pais	91
ESTUDO 4: Avaliação do repertório verbal de crianças com TEA: efeitos de um programa ABA e de um programa para pais.....	115
CONSIDERAÇÕES GERAIS	137
REFERÊNCIAS GERAIS	142

1. INTRODUÇÃO GERAL

O transtorno do Espectro autista (TEA) é uma condição neurobiológica precoce, com início antes dos três anos de idade, que tem como característica *déficits* na comunicação social do indivíduo e na presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Este transtorno possui causas multifatoriais ainda não determinadas (APA, 2014; CHRISTENSEN et al., 2016; SAMPAIO; MIURA, 2015; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015).

Epidemiologicamente o CDC (Centers of Disease Control) divulgou, recentemente, a prevalência do Transtorno do Espectro Autista de um a cada 44 nascimentos, caracterizando o oitavo aumento na taxa de prevalência de autismo desde 2000, quando iniciaram o monitoramento em onze estados dos EUA, divulgado em seu relatório "Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo" (ADDM) (CDC, 2021). A estatística atual do documento continua confirmando uma proporção de quatro meninos para uma menina. Todavia, não há estudos de monitoramento da prevalência do TEA na população brasileira.

Paula et al. (2011) fizeram um estudo piloto na cidade de Atibaia, onde foram rastreadas crianças do sistema de saúde e educação com suspeita e diagnóstico de TEA, que foram posteriormente avaliadas. Este estudo comprovou a incidência de TEA em 2,7 crianças autista a cada 10.000 nascimentos. No entanto, é um estudo com limitações, por não abranger todo o território nacional e ter acontecido antes das mudanças dos critérios diagnósticos atuais, pode ter deixado o número encontrado bastante distinto de outros monitoramentos, como nos EUA, por exemplo.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1998) o quadro clínico do “Transtorno de Espectro Autista” (TEA) se configura por apresentar prejuízo em três grandes áreas (habilidade social, na linguagem e comportamento). Ainda segundo este manual, os comportamentos típicos deste transtorno na área das habilidades sociais são: dificuldade em demonstrar empatia; inadequação em abordar, responder ou compartilhar interesses; prejuízo no uso de comportamentos não verbais e dificuldade na vinculação social. Alterações na área de linguagem se caracterizam como atraso na aquisição e, entre aqueles que a desenvolvem adequadamente, podem apresentar dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, estereotípias e ecolalias. Entre as alterações de comportamento estão: ausência de atividade exploratória; restrição de interesses; manipulação sem funcionalidade dos objetos; preocupação com as partes de objetos; adesão a rotinas rígidas; mudanças súbitas de humor; hipo ou hiper responsividade aos estímulos sensoriais; comportamentos auto lesivos e, seletividade alimentar. No entanto, é oportuno ressaltar que nem todas as pessoas que apresentam o TEA tem todas as características aqui descritas, pois o número de características e a intensidade com que estes aspectos se apresentam são muito variáveis (OMS, 1998).

Recentemente, em 2019, este manual sofreu uma atualização que, entrou em vigor no mês de janeiro de 2022. As alterações aproximam a classificação do TEA encontrada no DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), alterando nomenclaturas não mais utilizadas como Autismo clássico e Síndrome de Asperger, assim como assinalando possíveis comorbidades como o prejuízo de linguagem ou intelectual associado. Nesta alteração, as áreas afetadas pelo TEA também foram redefinidas, como alterações na comunicação social e padrões restritos de Interesses, tal como no DSM V.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) uniu duas grandes áreas (linguagem e socialização) e, neste modelo, sugeriu

que este transtorno neurológico provoca prejuízos persistentes em duas grandes áreas: comunicação social e padrões restritos de interesse e atividade. Desta maneira, gerou uma classificação do TEA em três diferentes níveis de apoio de acordo com os prejuízos específicos esperados para cada um deles, nas duas grandes áreas afetadas pelo transtorno, sendo:

Nível 1 - “Exigindo apoio” - Os prejuízos são notáveis na comunicação social como a dificuldade para iniciar interações sociais e a inadequação ou hesitação ao compartilhar ou abordar interesses. Podem, também, apresentar interesse reduzido por interações sociais. Apresentam comportamentos restritos e repetitivos podendo apresentar inflexibilidade de comportamento em diferentes contextos, dificuldade em trocar de atividade e na alteração de rotina.

Nível 2 - “Exigindo apoio substancial” - Os prejuízos sociais são aparentes mesmo na presença de apoio apresentando limitação e inadequação nas interações sociais, déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal. Apresentam inflexibilidade de comportamento, adesão a rotinas rígidas e dificuldade de lidar com a mudança. Os comportamentos estereotipados estão presentes em alta frequência em diferentes contextos, com dificuldade de mudar o foco ou as atividades.

Nível 3 - “Exigindo apoio muito substancial” - *Déficits* graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal são observadas levando a prejuízos graves de funcionamento, limitação intensa em iniciar interações sociais e inadequação ao responder a iniciativas sociais que partem de outros. A inflexibilidade de comportamento pode aparecer com a extrema dificuldade em lidar com a alteração da rotina e atividade, a presença de comportamentos restritos e/ou repetitivos que interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas da vida da pessoa.

No entanto, é importante destacar que o nível de apoio é definido por volta dos cinco anos de idade, mesmo em diagnósticos precoces. A medida em que crianças pequenas precisam de apoio substancial, assim os prejuízos nas duas áreas afetadas pelo TEA são mensurados por meio dos prejuízos em funcionalidade em cada faixa etária (APA, 2014).

O diagnóstico deste transtorno é essencialmente clínico, efetuado por um médico, preferencialmente neuropediatra ou psiquiatra. Este deve se basear no relato dos responsáveis sobre a história de vida do indivíduo, na observação do comportamento da criança e na avaliação de uma equipe interdisciplinar.

É possível perceber os sinais do transtorno a partir dos 12 meses de idade, ficando mais nítidos ao longo do segundo e terceiro ano de vida. Há casos de crianças que apresentam a perda de habilidades já adquiridas, um fato que pode sinalizar indícios de TEA e é preciso ser investigado por uma equipe multiprofissional (APA, 2014).

No entanto, no Brasil o diagnóstico tem sido feito por volta de cinco anos de idade, o que é considerado tardio em muitos países como EUA, Suécia e Inglaterra, pois acaba atrasando o acesso a programas de intervenção precoce (APA, 2014; SIKLOS; KERNS, 2007; SILVA et al., 2018). Siklos e Kerns (2007) e Silva, B. S. et al. (2018) definiram, em seus estudos, quatro fatores que podem ter influência no atraso do diagnóstico precoce no caso do transtorno do espectro autista. Os autores pontuaram: a variabilidade dos sintomas e as diversas possibilidades de expressão do TEA; as limitações da avaliação de criança em idade pré-escolar pela escassez de instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária; a falta de profissionais treinados e habilitados para reconhecer os sinais para este transtorno e, a insuficiência de serviços especializados que atendam e intervenham com esta população.

Atualmente existem esforços para traduzir e validar instrumentos de identificação precoce de sinais do TEA, para o Brasil. Os mais utilizados são: a Escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*); a CARS (*Childhood Autism Rating Scale* ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância) e, o ESAT (*Early Screening for Autistic Traits*). O Ministério da Saúde organizou uma cartilha sobre as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), enfatizando a importância da identificação precoce dos sinais desse transtorno (BRASIL, 2014). Nesta cartilha o instrumento de identificação precoce de sinais de TEA sugerido é a Escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), que consiste em um questionário com 23 itens, que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde aos pais de crianças de 18 a 24 meses. No entanto, outros instrumentos como a Escala CARS e o questionário ESAT são amplamente utilizados para a identificação precoce de alterações importantes no desenvolvimento de crianças (OLIVEIRA, 2017).

Um ponto importante é a análise da eficácia de diferentes tipos de intervenção que buscam reduzir os déficits de desenvolvimento, os sintomas de autismo e aumentar comportamentos funcionais e adaptativos. Um grande número de estudos tem comparado diferentes modalidades de intervenção, que variam em relação a mediação por pais e/ou por profissionais especializados, a idade das crianças com autismo, a quantidade e intensidade de horas semanais de intervenção e se é realizada em ambiente natural ou estruturado (OSPINA et al.; 2008; PIRES, 2011; PRIOR; ROBERTS; RODGER; WILLIAMS, 2011; VIRUÉS-ORTEGA, 2010; HOWLIN; MAGIATI; CHARMAN, 2009; WONG et al., 2015). Os estudos de Wong et al. (2015), Pires (2011) e Virués-Ortega (2010) enfatizaram que a intervenção ABA (*Applied Behavior Analytic*) é intensa e abrangente levando a ganhos positivos de médio a longo prazo, em termos de

funcionamento intelectual, desenvolvimento de linguagem, aquisição de habilidades de vida diária e funcionamento social em crianças.

Corroborando com os resultados encontrados na revisão sistemática da literatura executada por médicos neurologistas dos EUA, com diferentes modalidades de tratamento e ensaios clínicos randomizados em cada tratamento, para procurar evidências na redução de prejuízos e ensino de habilidades para pessoas com autismo, Medavarapu et al. (2019) encontraram resultado benéficos comprovados apenas com tratamentos conduzidos por meio da fundamentação teórica da Análise do Comportamental Aplicada (ABA) somada à alguns agentes psicofarmacológicos.

A Análise do Comportamento Aplicada teve origem com B. F. Skinner (1904 – 1990). Ela se baseia nos princípios científicos do comportamento, descritos por Skinner, para ensinar repertórios socialmente relevantes e reduzir comportamentos problemáticos. Em um programa de intervenção os comportamentos dos pais, dos profissionais e das crianças estão sob controle das relações entre os eventos antecedentes, o comportamento e as consequências. Esta perspectiva teórica tem gerado desdobramentos importantes para a intervenção educacional, como por exemplo: fornece explicação para o aparecimento e manutenção de comportamentos problemáticos, assim como apresenta métodos de intervenção; permite a construção de hierarquia para a aprendizagem com cinco fases (aquisição, fluência, manutenção, generalização e adaptação) adaptando os métodos de ensino a cada fase e, fornece métodos para estabelecer e transferir controle de estímulos, para garantir que o comportamento alvo do ensino seja adequadamente reforçado, entre outras contribuições (BAER; WOLF; RISLEY, 1968; LOVAAS, 1987; PIMENTEL, 2005).

A importância de intervir precocemente é um dado inquestionável para prevenir e atenuar problemas no desenvolvimento, além de um direito de todas as crianças,

sobretudo às que apresentam sinais de alterações no desenvolvimento. A intervenção precoce tem como finalidade apoiar e prover recursos às famílias de crianças entre zero e seis anos de idade com alguma vulnerabilidade, envolvendo redes de apoio sociais formais e informais que influenciem de forma direta ou indireta o desenvolvimento do indivíduo. Neste enfoque, um programa que promova oportunidades de aprendizado de habilidades em contexto natural deve ser desenvolvido em conjunto com a família e cuidadores da criança (ANIP, 2016; COSSIO; PEREIRA; RODRIGUES, 2018; SILVA, 2018).

O papel da família é imprescindível à medida que o desenvolvimento infantil se dá por meio das relações e interações constantes no cotidiano do indivíduo. Os profissionais responsáveis por elaborar o plano de intervenção não devem apenas planejar ações pontuais e técnicas, mas também orientar e promover o desenvolvimento de práticas parentais saudáveis (FRANCO, 2016; SILVA, 2018). Estudos tem comprovado que orientações sistemáticas de pais, que visam ensinar os pais a entender a natureza das dificuldades do seu filho e a manejar os comportamentos não adaptativos, pode ser uma modalidade de tratamento vantajosa em relação ao custo-benefício. Observa-se resultados favoráveis quando os pais são capacitados por profissionais especializados a aplicar as intervenções comportamentais, sendo parte importante da estimulação das crianças com TEA (BAGAILOLO et al., 2018; ELDER et al., 2011; SILVA; SCHALOCK; GABRIELSEN, 2011; GILLET; LEBLANC, 2007; INGERSOLL; GERGANS, 2007; REAGON; HIGBEE, 2009; VISMARA et al., 2009).

Mahoney e Perales (2013) e Teixeira (2017) destacaram que os programas de intervenção com foco no oferecimento de serviços técnicos de qualidade voltados apenas para as crianças nas áreas de saúde, educação ou proteção social, sem envolvimento dos pais, têm resultados, em geral, muito baixos. Já os programas de intervenção que

promovem a participação e envolvimento dos pais os resultados são mais evidentes. Os autores ressaltaram, no entanto, que esta participação ativa no processo não é no sentido de executar os papéis de técnicos, com a função de estimular, ensinar e tratar, pois desta maneira os resultados não seriam eficazes. Os resultados mais significativos estavam naqueles programas de intervenção que possibilitaram e reforçaram a participação ativa dos pais, exercendo com eficácia a sua parentalidade. A responsividade aqui seria a ação cotidiana de responder às solicitações da criança, valorizando suas potencialidades e atentos às suas necessidades (BAGAILOLO et al., 2017).

Franco (2016) ressaltou que, na avaliação do impacto das práticas de intervenção precoce centrada na família e no desenvolvimento infantil, os objetivos mais difíceis de atingir são a melhora no funcionamento familiar e o aumento do suporte social. O autor destacou, ainda, a necessidade de, além de se preocupar em oferecer suporte, instrumentos ou competências para que os pais executem as suas funções, os programas devem verificar se eles possuem condições psicológicas e emocionais para exercerem seu papel parental de modo saudável. Assim, é fundamental conhecer o processo de desenvolvimento dos pais para promover as habilidades de responsividade aos filhos. É necessário entender o suporte emocional e material que esta família tem acesso para que esta estimulação aconteça de maneira favorável.

Williams (2008) desenvolveu juntamente com sua equipe de pesquisa, do laboratório LAPREDES, na Universidade Federal de São Carlos, o Projeto Parceria que resultou em um programa de intervenção cognitivo-comportamental destinado a mães com histórico de violência doméstica. Tal projeto têm como base dois módulos: (I) um específico para analisar os efeitos da violência e seu enfrentamento e, (II) para o ensino de manejo positivo de comportamento dos filhos. O módulo 2, tornou-se uma cartilha de Educação Positiva composta por oito capítulos, que auxiliam pais a identificarem

comportamentos inadequados, baseados nos preceitos da Análise do Comportamento, assim como alterarem, de maneira positiva, suas práticas educativas parentais, especialmente para famílias em situação de negligência ou violência. Os capítulos abordam: a identificação de comportamento adequado; a importância de valorizar o esforço dos filhos; como ignorar comportamento inadequado; como estabelecer limites e regras; como aplicar consequências negativas com vistas a disciplina; como ensinar crianças a se relacionar; como ensinar habilidades de resolução de problemas e controle e, a importância da monitoria positiva e do modelo moral (WILLIAMS; SANTINI; D’AFFONSECA, 2012; WILLIAMS; MALDONADO; ARAÚJO, 2008).

2. JUSTIFICATIVA

Conforme ressaltado na literatura, pais ou cuidadores de crianças com autismo têm, como qualquer pai e cuidador, grande potencial de influenciar intensamente o desenvolvimento de seus filhos, pelo contato contínuo e cotidiano, mesmo quando as crianças estão em tratamento intensivo comportamental, como é o caso das crianças com TEA (BAGAILO et al., 2017; ELDER; DONALDSON; KAIRALLA et al., 2011; SILVA; SCHALOCK; GABRIELSEN, 2011; GILLET; LEBLANC, 2007; INGERSOLL; GERGANS, 2007; REAGON; HIGBEE, 2009; SUPPO; FLOYD, 2012; VISMARA et al., 2009; WEBSTER-STRATTON, 1984). No entanto, não foi encontrado na literatura indícios de ganhos para o desenvolvimento de crianças com TEA quando estão expostos a esses tratamentos associados com a participação de seus pais em programas com foco na modificação de práticas educativas parentais, ainda que sugeridos pelas revisões de literatura (ANDRADE et al., 2016; CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; CHACKO et al., 2016). Desse modo, a relevância deste trabalho está na junção da

técnica e sistematização dos programas da Análise do Comportamento Aplicada com a proposta do programa de Williams et al. (2008) em relação a modificação das práticas parentais focando inicialmente na modificação do ambiente doméstico, para depois propor modificações de comportamento com base nestas mudanças e não somente na técnica e teoria a ser aplicada. Esta tese teve como hipótese de que programas para pais, com base nos princípios da Análise do Comportamento podem torná-los mais responsivos às necessidades de seus filhos com TEA preparando-os para serem parceiros efetivos no seu desenvolvimento e proporcionar contexto para o reforçamento dos comportamentos treinados em ambiente clínico, promovendo generalizações rápidas e eficazes, desde que tenham um ambiente preparado para reforçar tais mudanças em toda a família.

3. OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar o efeito de um programa para cuidadores associado a um programa de intervenção baseado na Análise do Comportamento Aplicada, sobre o desenvolvimento de crianças com TEA;
- Avaliar o efeito de um programa para pais sobre as práticas educativas parentais e sobre as crenças sobre cuidados e estimulação.

4. MÉTODO GERAL

4.1. Aspectos éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, Bauru, SP (Processo nº 4.394.727 - Anexo 1). Foram tomadas todas as

providências com relação às informações sobre os objetivos e atividades do projeto, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações fornecidas pelos participantes quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área. A partir do aceite e esclarecidas todas as dúvidas, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), de acordo com as exigências contidas no item IV.3 e IV.4 da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

5.2 Delineamento do estudo

A presente pesquisa teve delineamento experimental, contando com Grupo Experimental (GE) e Grupo de Controle (GC), distribuídos randomicamente, detalhado na Tabela 1. Os pais das crianças em atendimento em uma clínica especializada em ABA para crianças com TEA, com idade até cinco anos foram convidados a participarem do Programa de Educação Positiva para pais. Dos 20 casais de pais das crianças elegíveis, 16 casais aceitaram participar. Todos os pais e mães responderam a todos os instrumentos (pré-teste 1) sobre práticas educativas (VD 1) e sobre práticas e crenças de cuidado e estimulação (VD 2) e o desenvolvimento geral das crianças (VD 3) foi avaliado nesta ocasião com o Inventário Portage Operacionalizado e o comportamento verbal (VD 4) com o VBMAPP. Todas as crianças foram submetidas à intervenção intensiva baseada na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) (VI 1). Os casais, foram separados dois a dois, por meio de sorteio, onde um foi convidado a iniciar a intervenção (participação no Grupo de pais – VI 2) imediatamente (Grupo Experimental - GE) e o seguinte foi para uma lista de espera (Grupo Controle - GC). Ao final da intervenção com o GE, todos os participantes tanto do GE como do GC responderam novamente aos instrumentos (pós

teste 1 para GE e pré-teste 2 para GC). Em seguida, o GC iniciou a intervenção. Ao final da Intervenção com o GC, todos os participantes foram novamente avaliados (pós teste 2 ou *follow up* para GE e pós teste 1 para GC). Após um mês sem intervenção em nenhum dos grupos uma nova avaliação foi efetuada para acompanhar se houve manutenção dos resultados (Follow up do GC e Follow up 2 do GE). A intervenção teve duração total de 6 meses, já contando as avaliações de acompanhamento. Todos os 32 pais participantes e as 16 crianças passaram por todas as etapas do delineamento.

Tabela 1. Apresentação do delineamento da pesquisa.

Grupos Crianças	Pré-teste 1 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4	ABA VI 1	Curso VI 2	Pós teste 1 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4	Pré-teste 2 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4	ABA VI 1	Curso VI	Pós teste 2 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4	Follow up 1 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4	Follow up 2 (IPO/VBMAPP) VD 3 e 4
GE	X	X	X	X		X			X	X
GC	X	X			X	X	X	X	X	

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: GE= Grupo Experimental; GC= Grupo Controle; ABA= Análise do Comportamento Aplicada IPO=Inventário Portage Operacionalizado VBMAPP=Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program

Grupos Pais e mães	Pré-teste 1 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2	Curso VI 1	Pós teste 1 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2	Pré-teste 2 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2	Curso VI 2	Pós teste 2 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2	Follow up 1 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2	Follow up 2 (IEPMB/E-CPPC) VD 1 e 2
GE	X	X	X				X	X
GC	X			X	X	X	X	

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: GE= Grupo Experimental; GC= Grupo Controle

IEPMPB=Inventário De Estilos Parentais Para Pais E Mães De Bebês
E-CPPC=Escala De Crenças Parentais E Práticas De Cuidado Na Primeira Infância

5.3 Participantes

Participaram desse estudo 32 pais e 16 crianças com diagnóstico de TEA. A Tabela 2 mostra as características das crianças, filhos dos pais e mães participantes. Sendo 12 crianças do sexo masculino e quatro do sexo feminino com idades entre dois e cinco

anos, todas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e sem comprometimento intelectual. Não foi especificado o nível de apoio, à medida que abaixo de cinco anos não é indicado pela literatura a fixação do mesmo visto que toda criança na primeira infância precisa de apoio substancial e a variação entre os níveis é maior devido a demanda social diferente. Neste caso, a forma como identificamos a intensidade dos prejuízos é por meio da funcionalidade, determinando por meio de avaliações sistemáticas de quais os prejuízos funcionais que a criança apresenta comparada com o desempenho esperado pela idade. Todas as crianças estavam com intervenção intensiva em ABA, sendo sete com menos de seis meses de intervenção, sete com menos de um ano e, duas com mais de um ano deste tipo de intervenção. Das 16 crianças, 13 delas eram verbais, sendo que cinco utilizavam de suporte de comunicação suplementar aumentativa para melhor comunicação e três eram não verbais e utilizavam de comunicação alternativa.

As crianças do GE dividiram-se igualmente em meninos e meninas, com cinco das crianças com idade de quatro a cinco anos e as outras três com dois anos (Idade Média =3,87 anos) e, também, cinco delas frequentavam a escola, na modalidade online com atividades adaptadas em casa, pois o estado encontrava-se em fase vermelha na Pandemia de Covid 19. Quanto ao tempo de ABA quatro delas estavam em atendimento entre seis meses a um ano (tempo médio =9,75 meses).

As crianças do GC eram todas do gênero masculino, com quatro crianças com dois anos e quatro com idades entre quatro e cinco anos (Idade Média =3,12 anos). Em relação ao contato com a escola quatro crianças estavam recebendo atividades adaptadas em casa para serem feitas sob supervisão da família, pois a escola estava em modalidade online. As demais não estavam frequentando escola. Referente ao tempo de intervenção em ABA, cinco crianças iniciaram o tratamento há menos de seis meses e três há menos de um ano (tempo médio =6,15 meses).

Tabela 2. Caracterização das crianças dos dois grupos experimental e controle.

	Grupo Experimental N= 8 (50%)	Grupo Controle N=8 (50%)	Total N=16 (100%)
SEXO			
Feminino	4	0	4
Masculino	4	8	12
IDADE			
2 a 3 anos	3	4	7
4 a 5 anos	5	4	9
COMUNICAÇÃO			
Não verbal	2	1	3
Verbal	6	7	13
FREQUENTA ESCOLA			
Sim	5	4	9
Não	3	4	7
DIAGNÓSTICO			
Sim	8	8	16
Não	0	0	0
INTERVENÇÃO EM ABA INTENSIVA HÁ QUANTO TEMPO			
0 a 6 meses	2	5	7
6 meses a 1 ano	4	3	7
Mais de 1 ano	2	0	2

Fonte: elaborado pela autora.

A Tabela 3 mostra as características dos pais e mães participantes de cada grupo. Participaram do estudo pai e mãe de cada criança, sendo todos casados. Considerando a amostra total, a média de idade das mães era de 34 anos e dos pais 37 anos. Em relação a escolaridade 63% dos genitores tinham ensino superior e o número de filhos destes casais era de um filho em 50% da amostra e de dois filhos nos outros 50%. Não havia, nesta amostra, irmãos participantes da pesquisa. No GE os pais tinham entre 31 a 52 anos (Idade Média= 38,87) e as mães entre 22 a 45 anos (Idade Média = 34,50). Quanto a escolaridade a maioria dos pais tinha ensino superior completo e as mães ensino médio completo.

Todos os pais trabalhavam fora e a maioria das mães não. Os casais tinham, na maioria, dois filhos e a maioria pertenciam a estágio sociodemográfico C dentro da classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo com a renda familiar. No GC a idade dos pais oscilou entre 30 a 41 anos (Idade Média= 35,12) e das mães entre 29 a 39 anos (Idade Média = 33,50). Quanto a escolaridade a maioria dos pais e das mães tinha ensino superior completo. Todos os pais trabalhavam fora e as mães foi uma divisão bem equivalente onde metade das mães trabalham fora e metade não. Os casais tinham, na maioria, apenas um filho e a maior parte dos casais desse grupo pertenciam ao estágio sociodemográfico B dentro da classificação do IBGE de acordo com a renda familiar.

Tabela 3. Caracterização dos pais e mães de cada grupo, experimental e controle.

	Grupo Experimental N=16 (50%)		Grupo Controle N=16 (50%)		Total N=32 (100%)
	Pais	Mães	Pais	Mães	
IDADE					
25 a 30 anos	0	3	1	2	6
31 a 35 anos	4	2	4	3	13
36 a 40 anos	1	1	2	3	7
Acima de 40 anos	3	2	1	0	6
ESCOLARIDADE					
Fundamental	0	0	0	1	1
Médio	3	5	1	2	11
Superior Completo	5	3	7	5	20
TRABALHA FORA					
Sim	8	3	8	4	23
Não	0	5	0	4	9
Nº DE FILHOS					
Um	3		5		8
Dois	5		3		8
NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO					
A	2		1		3
B	2		5		7
C	4		2		6
D	0		0		0

Fonte: elaborado pela autora.

Devido à randomização na montagem dos grupos foi necessário efetuar uma análise estatística na comparação de variáveis sociodemográficas dos grupos para entender se as diferenças entre estes (nas variáveis Idade, dos pais, mães e das crianças, tempo de intervenção em ABA, número de filhos, escolaridade dos pais e mães, renda familiar) eram significativas. Como demonstrado na Tabela 4, não houve diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis, deste modo torna-se possível a comparação entre grupos.

Tabela 4 -Comparação das variáveis sociodemográficas dos grupos

Variáveis	GE		GC		p
	Média	DP	Média	DP	
Idade das crianças	3,8	1,35	3,1	0,99	0,172
Tempo ABA	9,7	6,25	6,1	3,48	0,268
Idade dos pais	38,8	7,06	35,2	3,88	0,363
Idade das mães	34,5	7,6	32,2	5,0	0,430
Número de filhos	1,6	0,51	1,3	0,51	0,333
Escolaridade pais	13,5	2,07	14	1,85	0,602
Escolaridade mães	12,7	1,98	13,1	2,74	0,603
Renda familiar	7.237,50	5.151,4	8.000,00	3.535,53	0,735

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: GE= Grupo Experimental; GC= Grupo Controle; ABA= Análise do Comportamento Aplicada; DP= desvio padrão; valor de p obtido pelo teste Mann Whitney; Nível de significância 0,05.

5.4 Local

A coleta dos dados do desenvolvimento das crianças foi realizada na clínica onde estas passam pelo Programa de intervenção em Análise do Comportamento Aplicada ABA, em uma cidade no interior do estado de São Paulo, feita pela equipe. O contato com os pais durante a avaliação foi realizado de maneira online e por casal (pai e mãe da mesma criança), fora do horário de atendimento das crianças, considerando o contexto de

recomendação de distanciamento social pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido a pandemia de COVID-19.

5.5 Instrumentos de coleta

5.5.1. Para a avaliação do Desenvolvimento Infantil

a) INVENTÁRIO OPERACIONALIZADO PORTAGE (IPO)

O IPO (WILLIAMS; AIELLO, 2001; 2018) se caracteriza como um guia, que define, operacionaliza e especifica condições de avaliação de cada um dos 580 itens que compõem o inventário. O manual especifica as condições de avaliação de cada um dos 580 itens do Inventário Portage, subdividido por faixas etárias de 0 a 6 anos (0-1; 1-2; 2-3; 3-4; 4-5; 5-6) e abrange cinco áreas de desenvolvimento: Socialização (comportamento inerentes às habilidades de interação social); Linguagem (comportamento verbal expressivo); Cognição (coordenação visual e motora, memória linguagem receptiva, raciocínio lógico-matemático); Desenvolvimento Motor (movimentos de coordenação fina e grossa) e, Autocuidados (independência para realizar atividades de vida diária). Pode ser utilizado por profissionais da saúde e da educação com o objetivo de identificar déficits e excessos no repertório comportamental infantil.

b) PROTOCOLO VERBAL BEHAVIOR MILESTONES ASSESSMENT AND PLACEMENT PROGRAM (VBMAPP)

O VBMAPP (SUNDBERG, 2008) consiste em um sistema de avaliação do repertório verbal e de linguagem, de aprendizagem, de habilidades sociais e de barreiras

de desenvolvimento de crianças com idades entre zero a 48 meses, podendo ser utilizado para crianças mais velhas com déficits nas áreas de comunicação social.

5.5.2. Para avaliação de práticas educativas parentais

a) ESCALA DE CRENÇAS PARENTAIS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA (E-CPPC)

A E-CPPC (SUIZZO, 2002), validada por Martins et al. (2010) é indicada para pais de crianças de zero a seis anos de idade. A Escala consiste em 36 itens, que descrevem comportamentos maternos em duas subescalas: Estimulação e Cuidados. As duas sub escalas são avaliadas em duas dimensões: Práticas Realizadas pela Mãe (PRM) e Importância Atribuída às Práticas (IAP).

b) INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS PARA PAIS E MÃES DE BEBÊS (IEPMB)

O IEPMB (ALTAFIM; SCHIAVO; RODRIGUES, 2008) foi adaptado do Inventário de Estilos Parentais (IEP) de Gomide (2006). Ele consiste em um protocolo com 25 afirmativas as quais descrevem cinco práticas parentais (Monitoria Positiva, Negligência, Disciplina relaxada, Abuso Físico, e Punição Inconsistente. Neste instrumento as opções de resposta estão disponibilizadas em uma escala *likert* relacionada a frequência com que aquele comportamento descrito na afirmativa acontece na relação deles com o filho (onde a resposta “sempre” vale dois pontos; “às vezes”, um ponto; e, “nunca”, zero ponto).

5.5.3. Para a intervenção

Para a intervenção com os pais foi utilizado como inspiração e base o programa *Educação Positiva dos seus Filhos*, desenvolvido no módulo 2 do Projeto Parceria de Williams, Maldonado e Araújo (2008). Tal programa foi escolhido pela linguagem acessível aos pais (distanciando do vocabulário técnico do Behaviorismo) e pelas tarefas práticas a cada encontro previsto na cartilha. O programa prevê oito encontros com pais, com temas específicos para cada um deles e com tarefas correspondentes, visando promover o desenvolvimento de habilidades e adequação de estilos parentais de risco. Para tal, o programa aborda, como temas: a identificação de comportamentos adequados e inadequados; a valorização e elogios para os filhos; o estabelecimento de limites e regras; as consequências negativas; o ensino de habilidades de resolução de problemas; a importância do comportamento Moral e cooperativismo e, dicas para problemas futuros.

6 PROCEDIMENTO

6.1. Procedimento de Coleta de Dados

O procedimento de coleta de dados foi dividido em seis módulos:

Módulo 1: Convite aos responsáveis

Foram identificadas crianças com diagnóstico de TEA e que estão em tratamento de intervenção intensiva em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Os 20 cuidadores destas crianças foram convidados a participar de um programa de pais. Os 16 que aceitaram participar, foram divididos por meio de sorteio em dois grupos aos quais tiveram datas de início diferentes (Grupo Experimental e Grupo de Controle).

O programa de intervenção a que estas crianças foram submetidas é um programa interdisciplinar com uma equipe composta por Psicóloga, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta (todas especialistas em Análise do Comportamento) e por assistentes terapêuticos (estagiários estudantes de psicologia, pedagogia e terapia ocupacional). Os objetivos terapêuticos são traçados semanalmente focando em cinco áreas do desenvolvimento (socialização, cognição, linguagem, autocuidado e desenvolvimento motor), com base em uma avaliação inicial e em reavaliações semanais. O ensino das habilidades é feito pelas profissionais e reproduzido pelas assistentes terapêuticas tanto em ambiente clínico como no ambiente doméstico, nestes programas há orientações pontuais para a família, mas não há treino de familiares. Os trabalhos com a criança têm duração de 10 a 20 horas semanais e são realizados registros diários das aquisições de habilidades

Módulo 2: Avaliação do repertório comportamental da criança e das práticas educativas dos responsáveis (Pré-teste 1 para os dois grupos)

As crianças de ambos os grupos passaram por uma avaliação de repertório comportamental para estabelecimento de linha de base. Os instrumentos utilizados para a avaliação foram o Inventário Operacionalizado Portage (WILLIAMS; AIELLO, 2001; 2018) e o Protocolo Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VBMAPP - SUNDBERG, 2008). Os responsáveis foram submetidos a avaliação de Estilos parentais e de crenças em parentalidades a partir dos instrumentos Inventário de estilos parentais adaptado (IEPMB) (adaptado Gomide, 2006) e Escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância (SUIZZO, 2002).

Módulo 3: Programa de Pais para o GE

O Programa de pais para o GE foi desenvolvido com base no programa Educação Positiva dos seus Filhos desenvolvido por Williams, Maldonado e Araújo (2008) com algumas adaptações. Assim como no programa original o programa adaptado para esse estudo teve oito encontros com duração de uma hora aproximadamente e foi aplicado de maneira individual para cada casal de pais, de maneira online. O conteúdo dos encontros versou sobre princípios da Análise do Comportamento para que os pais pudessem entender a filosofia por trás desta ciência e a aplicação destes conteúdos em situações cotidianas, visando a promoção de autonomia para a manutenção e generalização das práticas discutidas nos encontros. Os pais também foram convidados, durante os encontros, a refletir sobre os estilos parentais identificados e como isso se refletia na proposta de educação e intervenção em ambiente familiar, promovendo o engajamento nas tarefas elaboradas e indicadas a partir das necessidades identificadas na avaliação do repertório comportamental de cada criança. Assim, as tarefas de cada encontro foram individualizadas para cada família. A escolha dos objetivos e ordem da apresentação deste, foram baseados nas dificuldades apresentadas pelos responsáveis na prática clínica da autora desta pesquisa. As estratégias de ensino utilizadas foram expositivas dialogadas, a medida em que 30 minutos do encontro consistia na apresentação de conceitos da teoria com linguagem adaptada e 30 minutos de diálogo sobre os exemplos focados no ambiente doméstico e nas características dos filhos de cada casal, dúvidas sobre direcionamento e sobre como aplicar o conteúdo aprendido naquele encontro. As tarefas de cada encontro consistiam na produção de contexto para que o comportamento alvo de cada encontro acontecesse em casa (tanto em relação as práticas como na diminuição de comportamentos inadequados dos filhos, e registro de frequência durante o intervalo entre os encontros do programa), os quais eram em média três dias para a aplicação, consistindo

em dois encontros por semana aproximadamente. Os objetivos de cada encontro estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos objetivos do Programa de Educação Positiva para Pais de crianças com TEA.

Encontro	Objetivos
1	- Definir Transtorno do Espectro Autista e suas características relacionando com o ambiente doméstico e o desenvolvimento infantil
2	- Definir comportamento segundo a Análise do Comportamento e Refletir sobre comportamentos adequados e inadequados.
3	- Definir de reforçamento; Influências deste no comportamento da criança.
4	- Manejo de comportamentos inadequados no ambiente doméstico
5	- Estabelecer regras e limites no ambiente doméstico e em situações sociais, discussão sobre parentalidade.
6	- Estabelecer estratégias para ensino de habilidades de resolução e problemas e controle
7	- Ressaltar a importância de modelos morais e monitoria positiva no desenvolvimento de comportamentos cooperativos.
8	- Promover planejamento de momentos de estimulações e resolução para conflitos futuros, focando em autonomia

Fonte: elaborado pela autora

Módulo 4: Reavaliação do repertório comportamental das crianças e das práticas educativas dos responsáveis (Pós teste para GE e Pré-teste 2 para GC).

Após o término do programa e de três meses de atendimento em ABA, as crianças de ambos os grupos foram reavaliadas com os mesmos instrumentos (IPO e VBMAPP) para verificar se houve mudanças significativas no desenvolvimento das crianças. Um cuidado importante a ressaltar aqui é que a avaliação e a reavaliação das crianças foram feitas por componentes da equipe sem que a pesquisadora participasse para garantir que não houvesse interferência nos resultados. Já a avaliação dos responsáveis de ambos os

grupos foi feita após o término do programa com cada dupla de pais pela pesquisadora responsável por este estudo, assim como na avaliação inicial desses participantes.

Módulo 5: Programa de Pais para o GC Treino de pais e educação positiva

O Programa de pais para o GC foi realizado nos mesmos moldes do GE.

Módulo 6: Acompanhamento (Follow up pra GE e Pós teste 1 para o GC)

Reavaliação dos estilos parentais e do repertório comportamental das crianças, após um mês da finalização do programa de pais (GE), a fim de estabelecer se houve manutenção das mudanças percebidas no Módulo 4. Para o GC a avaliação pretende verificar os efeitos da intervenção do Módulo 5. O mesmo aconteceu um mês após a finalização do programa do GC, provocando uma nova medida de *follow up* para o GE e uma para o GC.

6.2. Procedimentos de Análise de dados

Os dados foram analisados utilizando frequências absolutas e relativas e testes estatísticos apropriados. Para comparações entre grupos foi utilizado o teste Mann-Whitney e intragrupos o teste Wilcoxon, nos três momentos de avaliação. A escolha pelos testes não paramétrico ocorreu após ter sido verificada a não normalidade dos dados para GE e GC.

Para cada grupo investigado (mães do grupo experimental, pais do grupo experimental, mães do grupo controle e pais do grupo controle) foram realizadas comparações intragrupo utilizando-se o teste de Friedman com análises de post-hoc e correção de Bonferroni quando os valores de p foram significativos ($<0,05$). As análises do grupo experimental consideraram quatro avaliações: pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e

follow up 2. Para as comparações do grupo controle também foram consideradas quatro avaliações: pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

No entanto, foi observada normalidade quando se analisou a amostra toda e, nesses casos utilizou-se o Teste T de Student. O software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 foi usado para analisar os dados. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

O presente trabalho será apresentado em quatro estudos:

Estudo 1. Programa de educação positiva para pais e mães de crianças com TEA: efeito em práticas e crenças sobre cuidados e estimulação infantil

Estudo 2. Práticas educativas parentais antes e depois de um programa de educação positiva para pais de crianças com TEA

Estudo 3. Avaliação do desenvolvimento de crianças com TEA: efeitos do programa ABA e de um programa para pais

Estudo 4. Avaliação do repertório verbal de crianças com TEA: efeitos de um programa ABA e de um programa para pais

ESTUDO 1

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO POSITIVA PARA PAIS E MÃES DE CRIANÇAS COM TEA: EFEITO EM PRÁTICAS E CRENÇAS SOBRE CUIDADOS E ESTIMULAÇÃO INFANTIL

1. INTRODUÇÃO

Em 2012, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi reconhecido como deficiência no Brasil (Brasil, Presidência da República Casa Civil Lei no 12.764 2012), passando a fazer parte do público-alvo da Educação Especial (BRASIL, 2012). A partir desse momento políticas públicas têm sido propostas para atender essa população. No entanto, apesar da relevância do tema, pesquisas sobre a eficácia dos cuidados oferecidos às crianças com TEA, no Brasil, ainda são embrionárias e escassas (GOMES et al., 2015; BAGAILOLO, 2018).

O TEA tem um impacto precoce no neurodesenvolvimento, acarretando prejuízos duráveis em relação a inflexibilidades de padrões comportamentais e de interesses fixos e na área de comunicação social (APA, 2014). O diagnóstico é feito clinicamente por volta dos três anos de idade, no Brasil, apesar de ser possível identificar sinais de TEA a

partir dos seis meses de idade (BRASIL, 2014). Todavia, ainda não existem avaliações referendadas pela psicomетria que apontem indícios de autismo no primeiro ano de vida (SILVA et al., 2018). Bagaiolo et al. (2018) alerta para o impacto sobre a família quando recebe o diagnóstico, pois já está vivenciando os atrasos e as dificuldades do sintoma antes mesmo de identificar o que é e como pode manejar tais dificuldades. Há uma expectativa de possíveis cuidados e atendimentos especializados que a criança deverá ter e, principalmente, qual vai ser a participação dos pais nesse processo.

Ainda que escassos e com pouco controle, estudos foram encontrados sobre o treino de pais de crianças com TEA (SANTOS; DIAS; NOVO, 2017; ROBERTS et al., 2011; BAGAILOLO et al., 2018). Todavia, os resultados apresentados são positivos, colocando em relevo a eficácia e a melhoria na qualidade de vida, tanto dos pais, quanto das crianças participantes. Uma análise histórica mostra os avanços nos atendimentos oferecidos a essa população (DELION, 2011).

Analisando estudos desde a década de 70, publicados na França, Delion (2011) observou total desconhecimento tanto por parte dos pais, quanto dos profissionais, de técnicas menos invasivas. Nos estudos mais antigos as crianças eram tratadas principalmente com o “*packing*” (contenção), que veio a ser substituído por outras técnicas, com melhores resultados, tanto no trato familiar, quanto no trato social. Segundo o autor, os primeiros casos de orientação parental se referiam às crianças que apresentaram maiores dificuldades no ambiente escolar. Ao longo do tempo, as pesquisas e entrevistas com familiares e cuidadores, relataram maior participação dos pais, que conheceram formas melhores de propor atividades para seus filhos, assim como os profissionais evoluíram na aplicação de tratamentos e obtiveram como resultado melhoria de qualidade de vida de todos os envolvidos.

Roberts et al. (2011) realizaram uma pesquisa desenvolvendo um programa familiar individual. Os autores observaram uma considerável redução de padrões de resposta de agressivas, auto lesivas e estereotípias. No estudo apresentado para capacitação parental para a comunicação funcional e manejo, realizado por Bagaiolo et al. (2018), ficou evidenciada uma forte redução nos problemas comportamentais nos indivíduos com TEA e, também, em alterações emocionais e comportamentais nos cuidadores de forma positiva.

Santos, Dias e Novo (2017) relataram que os responsáveis por crianças com deficiência geralmente são agentes de mudanças essenciais no processo terapêuticos, pois são eles que possibilitam e dão contexto para que os comportamentos treinados em clínica aconteçam e aumentem de frequência nos demais ambientes. A adesão da família foi o principal diferencial, pois sem um engajamento familiar, não haveria como obter bons resultados na redução do stress familiar, no aprendizado da criança e no trato profissional.

Jurdi e Silva (2021) realizaram um estudo visando entender como o brincar é proposto no cotidiano de famílias de crianças autistas, assim como o papel dos parentes nessa atividade. Como resultados obtiveram que as famílias que passavam por uma orientação profissional que tinha como característica considerar as condições e as limitações da casa e da rotina, conseguiam exercer mais atividades lúdicas com as crianças com TEA, quando comparadas com famílias que recebiam apenas orientações técnicas e genéricas, enfatizando a necessidade de orientações individuais e personalizadas às famílias. Um dado relevante neste estudo foi a dissociação de cuidados e de estimulação lúdica nos papéis de gêneros. Nesse caso, a mãe ficava responsável pelos cuidados primários das famílias e pais e irmãos ficavam em uma posição de agentes lúdicos, não se responsabilizando pelos cuidados e nem

oportunizando momentos lúdicos para as mães com essas crianças devido à sobrecarga de serviços.

Guimarães et al. (2018) avaliaram um conjunto de procedimentos de ensino para cuidadores sobre manejo de comportamentos inadequados emitidos por crianças com TEA utilizando vídeo modelação, instrução escrita e *role-play* com *feedback* imediato. Os resultados mostraram que os cuidadores necessitaram de poucas sessões para instalar o repertório necessário para o manejo de comportamentos inadequados nas crianças, o que torna o treino de pais, viável e eficaz, quando associado a uma intervenção intensiva.

A literatura tem mostrado que orientações parentais adequadas resultam em ganhos a todos os envolvidos, principalmente para a criança, que no lugar de ser restringida do convívio em sociedade, passa a ter uma participação mais inclusiva nela (CHACKO et al., 2016; TEIXEIRA, 2017). Observa-se, com isso, um impacto sobre o desenvolvimento na infância que garante qualidade de vida em idades posteriores (SANTOS; DIAS; NOVO, 2017). Um fator preponderante na qualidade de vida para as pessoas com TEA, quando submetidos a tratamentos mais humanizados e personalizados, se acrescidos da participação profícua dos pais, que se antes não sabiam como agir e se estressavam na lida com as pessoas com deficiência, hoje gozam de uma melhor relação com seus filhos (SANTOS; DIAS; NOVO, 2017; TEIXEIRA, 2017). No entanto, segundo os autores, a maioria dos programas relatados em pesquisas são tecnicistas e capacitistas, a medida em que visam apenas ensinar técnicas de manejo para os pais sem uma reflexão nos seus papéis e na aprendizagem funcional de conceitos, pensando em uma generalização do aprendido para planejamentos futuros. Tais limitações podem estar mais relacionadas com as dificuldades de apresentação dos conceitos do que uma falta de acesso a informação das famílias.

Williams et al. (2008) desenvolveu juntamente com seu grupo de pesquisa, o que ficou conhecido como Projeto Parceria, o qual preconiza uma intervenção comportamental, inicialmente destinado para mães com histórico de violência. Deste projeto surgiu uma cartilha com oito capítulos que direciona pais para a identificação de comportamentos inadequados de seus filhos, ajudando-os a programarem elogios, a como estabelecer limites e regras, como ensinar o repertório social e habilidades de resolução de problemas para crianças, assim como a alteração de práticas parentais negativas e promoção de práticas positivas (WILLIAMS; SANTINI; D’AFFONSECA, 2012; WILLIAMS; MALDONADO; ARAÚJO, 2008).

Quando o tema é parentalidade deve-se recuperar a premissa de que nenhum comportamento é isolado e que o comportamento dos pais não ocorre ao acaso. Ele é fundamentado em uma história de vida, com modelos culturais, ideias e crenças em relação à função parental, que influenciam a forma como acreditam que seja a melhor maneira de educar um filho. Neste sentido, práticas parentais são entendidas aqui como uma classe de comportamentos que envolvem atividades voltadas para o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, que acontece na vida diária, refletindo em valores, julgamentos e a forma de reagir aos comportamentos dos filhos. Assim, para entender e modificar práticas parentais faz-se necessário compreender a realidade da família, desde a sua constituição, aspectos culturais e sociodemográficos.

Keller (2002; 2007) criou um modelo teórico para compreender as atitudes de pais em relação a seus filhos. Para tal, focou a relação entre pais e filhos nos cuidados primários e na estimulação que, segundo a autora, facilita o desenvolvimento psicológico em diferentes domínios, fornecendo contexto para que as crianças adquiram seu repertório moral e social. Martins et al. (2010) elaboraram a Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) para a primeira infância, a partir da proposta de Keller

(2002; 2007). O objetivo da escala foi apreender os fatores que integram esse fenômeno, visando avaliar comportamentos de pais em relação a cuidados primários e a estimulação oferecida à criança sob dois aspectos: o que a mãe/pai realmente fazem e aquilo que acham importante fazer.

Com o objetivo de descrever crenças e práticas de mães de crianças com deficiência, no cuidado de filhos na primeira infância, por meio do E-CPPC, Minetto e Lohr (2016), realizaram um estudo com 75 mães de crianças com deficiência. Os resultados obtidos mostraram que, em geral, as mães de crianças com deficiência privilegiavam cuidados primários (relacionados a higiene, vestimenta, alimentação), apesar de reconhecer que a estimulação era essencial para esses indivíduos, na prática estava em segundo plano. Quando a condição da criança não é identificada por fenótipo mas por avaliação comportamental, o resultado pode ser a demora do diagnóstico que, conseqüentemente, leva a demora na aceitação da condição da criança pela família, como é o caso do autismo, afetando a responsividade da mãe em relação ao seu filho, com prejuízo do vínculo estabelecido. Uma limitação que a literatura aponta por esse estudo é que são mais frequentes os estudos com mães como participantes, o que resulta em escassez de estudos comparativos entre pais e mães (BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016).

Cruz et al. (2016), visou descrever as principais atividades e analisar a percepção de pais no cuidado diário da criança com microcefalia, assim como traçar o perfil sociodemográfico desses pais. Para tal analisou as respostas obtidas por meio de uma entrevista semiestruturada, realizadas com 23 pais de crianças com microcefalia que frequentavam três Centros Especializados em Reabilitação, na cidade de Maceió. Obtiveram como resultados que os pais executavam um papel secundário no cuidado diário do filho, como auxiliares das mães que, neste sentido, ainda são vistas como

protagonistas, sendo verificado maior engajamento paterno nas atividades de brincar (74%) e participação social (91%).

Uma revisão sistemática da literatura elaborada por Chacko et al. (2016) analisou diferentes fatores do engajamento no treinamento comportamental dos pais (BPT), incluindo procura na inscrição, frequência, atrito, desistência, envolvimento dentro da sessão e conclusão das tarefas solicitadas para casa. Os autores examinaram 262 estudos de treino parental. Obtiveram como resultados desta revisão que, pelo menos 25% dos pais elegíveis para os treinamentos, não se inscreveram nos programas. Dos que se inscreveram 51% deixaram de participar ao longo do programa e, na melhor das hipóteses, metade dos pais identificados concluíram o tratamento. A revisão demonstrou que a maior parte dos treinos parentais descritos se mostraram eficientes para aqueles pais que concluíram o programa e demonstraram engajamento nas atividades sugeridas.

Outro estudo comparativo que elucidou os fatores que influenciam nas práticas de cuidados primários e de estimulação é o de Martins et al. (2011). Os autores pretenderam investigar diferenças entre mães de crianças de cidades pequenas e de capitais brasileiras, consoante às crenças e práticas de cuidado. Participaram do estudo 307 mães de cidades pequenas e 299 de capitais, respondendo a escala E- CCPC. Os resultados apontaram que as mães das cidades pequenas relataram realizar mais práticas de cuidados primários, já as mães das capitais afirmaram valorizar a estimulação com mais frequência. Algumas variáveis sociodemográficas influenciaram as práticas de cuidados, sendo mais frequente em mães de menor escolaridade e, em contrapartida, a estimulação era maior entre mães com maior escolaridade.

Dentro deste contexto é necessário atentar-se às práticas e crenças que os pais têm sobre a parentalidade e responsividade diante das necessidades desenvolvimentais de seus

filhos. Conhecê-las possibilita o investimento em intervenções pontuais que contemplariam as necessidades e desejos de todos os envolvidos.

2. OBJETIVOS

2.1. Descrever e comparar práticas e crenças de pais e mães, considerando o que fazem e o que acham importante fazer, sobre cuidados e estimulação de crianças com TEA, antes e depois de um Programa de Educação Positiva para Pais.

2.2. Avaliar o efeito de um programa de intervenção parental sobre as práticas e crenças de pais e mães sobre cuidado e estimulação.

3. MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Idem ao descrito na página 22.

3.2 Delineamento da pesquisa

Idem ao descrito na página 23.

3.3 Participantes

Neste estudo participaram 32 pais de crianças com TEA cujas características estão descritas na Tabela 3 do Método geral, nas páginas 24 e 28.

3.4 Local

As avaliações dos responsáveis foram aplicadas individualmente na clínica onde as crianças são atendidas de forma presencial ou *online*, pois devido à Pandemia de COVID 19 algumas famílias optaram por fazer até mesmo os momentos de avaliação de maneira online, onde o instrumento foi respondido e encaminhado antes e depois dos encontros do programa.

3.5 Materiais

- Escala de crenças parentais e práticas de cuidado na primeira infância (E-CPPC) (SUIZZO, 2002) e validada por Martins et al. (2010) para pais de crianças de zero a seis anos de idade. O questionário consiste em 36 itens, que descrevem comportamentos maternos em duas subescalas: Práticas de cuidados e de estimulação realizadas pela mãe (PRM) e Importância de cuidados e de estimulação atribuída às práticas (IAP).

4 PROCEDIMENTO

4.1 Procedimento de Coleta de Dados

Descrito no Método Geral nas páginas 28 a 32.

4.2 Procedimento de Análise de Dados

Para a análise dos dados do presente estudo foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e inferencial. A distribuição de normalidade dos dados das mães da amostra total (mães do grupo experimental e controle) e dos pais da amostra total (pais do grupo experimental e controle) nas avaliações de pré-teste 1 e 2 e pós-teste 1 e 2 foi verificada pela assimetria (Sk) e curtose (Ku). Os critérios

adotados foram $|Sk| \leq 3$ e $|Ku| \leq 7$ (KLINE, 2004). Atendidos os critérios as comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado e estimulação de mães e pais de crianças com TEA avaliadas no pré-teste 1 foi realizada pelo Teste t de Student, para amostras independentes. As comparações entre o pré-teste (1 do grupo experimental e 2 do grupo controle) e pós-teste (1 do grupo experimental e 2 do grupo controle) das mães e pais da amostra total foram realizadas com o Teste t de amostras pareadas.

Devido ao número reduzido de participantes da amostra ($n = 8$ mães ou pais em cada grupo – experimental ou controle), as análises envolvendo a estatística inferencial foram conduzidas utilizando teste estatístico não paramétrico. Assim as demais análises foram conduzidas utilizando testes não paramétricos. Deste modo, as comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado e estimulação de mães e pais de cada grupo (experimental e controle) foram realizadas pelo teste Mann-Whitney, e as comparações intragrupo foram feitas pelo teste Wilcoxon.

Para cada grupo investigado (mães do grupo experimental, pais do grupo experimental, mães do grupo controle e pais do grupo controle) foram realizadas comparações intragrupo utilizando-se o teste de Friedman com análises de post-hoc e correção de Bonferroni quando os valores de p foram significativos ($<0,05$). As análises do grupo experimental consideraram quatro avaliações: pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*. Para as comparações do grupo controle também foram consideradas quatro avaliações: pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

O IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 foi utilizado para as análises. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

As práticas e crenças de pais e mães sobre como cuidar e estimular seus filhos foi avaliada pela E-CPP. Os resultados foram apresentados de acordo com os objetivos do presente estudo. Inicialmente a análise foi feita comparando mães e pais da amostra total com relação à prática de cuidados, nas duas dimensões: o que fazem e o que acham importante fazer com seus filhos, antes da participação no programa de pais. Em seguida foram conduzidas análises intergrupos, comparando as mães e os pais dos Grupos Experimentais (GE) e Controle (GC).

5.1. Comparação entre pais e mães sobre cuidados e estimulação da amostra total

Foram realizadas comparações com o teste t de Student. A Tabela 1 apresenta os resultados. As mães apresentaram médias significativamente maiores de cuidados primários – prática realizada pelo cuidador ($t = 2,284$; $p = 0,030$) do que os pais no pré-teste 1. Quanto a importância deste tipo de prática não houve diferença entre os grupos.

Tabela 1 - Comparação entre as médias de crenças sobre cuidados primários de mães e pais de crianças com TEA no pré-teste 1.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães amostra total (n = 16)			Pais amostra total (n = 16)			t	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pelo cuidador	18,7(4,9)	18,5	12-29	14,3(5,9)	12,5	8-28	2,284	0,030
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,6(3,6)	23,0	18-30	23,6(3,6)	23,5	19-32	-0,049	0,961

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; t = estatística do teste t de Student; valor de p obtido pelo teste t de Student. Nível de significância $p < 0,05$.

Considerando a prática de estimulação, a Tabela 2 apresenta os dados de comparação entre pais e mães considerando o que fazem e o que acham importante fazer.

Foram realizadas comparações com o teste t de Student. Os resultados obtidos não apresentaram diferenças significativas nas médias de estimulação de mães e pais de crianças com TEA no pré-teste 1.

Tabela 2 - Comparações entre as crenças parentais, sobre estimulação, de mães e pais de crianças com TEA no pré-teste 1.

Crenças parentais e práticas de estimulação	Mãe amostra total (n = 16)			Pai amostra total (n = 16)			t	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pelo cuidador	19,4(5,7)	20,0	9-30	16,0(7,0)	14,0	8-30	1,515	0,140
Estimulação – importância atribuída às práticas	23,4(3,4)	23,0	18-29	24,4(3,2)	25,0	19-32	-0,918	0,366

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; t = estatística do teste t de Student; valor de p obtido pelo teste t de Student. Nível de significância $p < 0,05$.

A Tabela 3 mostra os dados de comparação dos resultados das mães e dos pais antes e depois da participação no Programa. Foram realizadas análises intragrupo com o Teste t de amostras pareadas. Com relação às mães, conforme observado, após a intervenção ocorreram aumentos estatisticamente significativos das práticas de cuidados que as mães relatavam fazer ($t = -12,071$; $p < 0,001$) e consideravam importante ($t = -11,851$; $p < 0,001$) bem como da estimulação que faziam ($t = -12,563$; $p < 0,001$) e achavam importante fazer ($t = -3,389$; $p = 0,004$). Quanto aos pais, também foram observados aumentos estatisticamente significativos na realização de cuidados primários ($t = -11,251$; $p < 0,001$) e na importância atribuída à essas práticas ($t = -12,336$; $p < 0,001$), na realização de estimulação ($t = -13,774$; $p < 0,001$) e importância atribuída à essa prática ($t = -3,419$; $p = 0,004$).

Tabela 3 - Comparações das crenças parentais e práticas de cuidado de mães e pais da amostra total no pré e pós-teste.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mãe amostra total pré (n = 16)			Mãe amostra total pós (n = 16)			t	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pela mãe	19,4(4,4)	19,0	13-29	31,9(4,8)	24,5	24-39	-12,071	<0,001
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	24,1(3,3)	23,5	18-30	35,9(2,5)	36,0	31-40	-11,851	<0,001
Estimulação – prática realizada pela mãe	20,7(5,6)	20,5	12-34	40,3(4,6)	39,5	33-48	-12,563	<0,001
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,2(3,3)	24,5	18-29	29,6(6,0)	29,5	20-39	-3,389	0,004
	Pai amostra total pré (n = 16)			Pai amostra total pós (n = 16)				
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pelo pai	15,0(6,0)	14,0	8-29	27,3(4,6)	26,5	20-39	-11,251	<0,001
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	24,4(3,1)	24,5	19-32	36,1(2,7)	35,5	32-40	-12,336	<0,001
Estimulação – prática realizada pelo pai	16,9(7,1)	14,5	8-32	36,3(6,2)	36,0	25-50	-13,774	<0,001
Estimulação – importância atribuída às práticas	25,2(3,3)	26,0	19-32	30,8(5,8)	30,5	21-40	-3,419	0,004

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Pré = pré-teste; Pós = pós-teste; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; t = estatística do teste t de amostras pareadas; valor de p obtido pelo teste t de amostras pareadas. Nível de significância $p < 0,05$.

5.2. Análise dos dados de pais e mães do GE e GC sobre cuidados e estimulação

5.2.1. Comparações intergrupos

Para comparar os cuidados primários considerando o que fazem e o que acham importante fazer, de mães e pais de crianças com TEA dos GE e GC, antes da intervenção

foram realizadas análises estatísticas com o teste Mann-Whitney (Tabela 4). Foram encontradas diferenças significativas em cuidados primários, prática realizada pela mãe ($U = 13,000$; $p = 0,045$), com frequência maior para as mães do GE. Com relação à importância atribuída aos cuidados não houve diferenças entre as mães. Considerando os pais, as comparações entre os dois grupos não apontaram diferenças estatisticamente significativas nos cuidados primários, no que fazem e no que acham importante fazer.

Tabela 4 -Comparações entre os cuidados primários de mães e pais do GE e GC no pré-teste 1.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães Exp. Pré 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 1 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pela mãe	21,1(5,1)	20,5	13-29	16,2(3,3)	16,5	12-21	13,000	0,045
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,9(4,0)	24,0	18-29	23,2(3,4)	23,0	18-30	29,500	0,792
	Pais Exp. Pré 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 1 (n = 8)				
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pelo pai	15,2(5,6)	14,0	8-25	13,4(6,4)	11,0	9-28	22,500	0,316
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	24,0(4,1)	23,5	19-32	23,2(3,2)	24,0	19-27	30,500	0,873

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Exp. = grupo experimental; Pré 1 = pré-teste 1; Cont. = grupo controle; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística do teste Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney. Nível de significância $p < 0,05$.

As mães do GE e do GC também foram comparadas com relação à estimulação de seus filhos antes do programa, utilizando o teste de Mann-Whitney. A Tabela 5 apresenta os resultados. Foi observada uma diferença significativa em estimulação – prática realizada pelas mães ($U = 12,000$; $p = 0,034$), as mães do grupo experimental estimulavam mais os seus filhos do que as mães do grupo controle. Não foram encontradas diferenças nas comparações entre as mães no que acham importante fazer em estimulação e entre os pais dos dois grupos nas duas dimensões da estimulação.

Tabela 5 - Comparações entre a estimulação de mães e pais do GE e GC no pré-teste 1.

Crenças parentais e práticas de estimulação	Mães Exp. Pré 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 1 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pela mãe	22,2(3,1)	21,5	18-27	16,6(6,6)	14,5	9-30	12,000	0,034
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,0(3,9)	24,0	18-29	22,7(2,9)	23,0	19-26	25,500	0,491
	Pais Exp. Pré 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 1 (n = 8)				
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pelo pai	16,4(7,6)	14,5	8-30	15,6(6,8)	13,0	10-29	29,000	0,751
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,6(3,9)	25,0	19-32	24,2(2,5)	25,0	19-26	31,000	0,959

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Exp. = grupo experimental; Pré 1 = pré-teste 1; Cont. = grupo controle; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística do teste Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney. Nível de significância $p < 0,05$.

Para verificar se houve diferenças entre mães e pais de crianças com TEA dos grupos experimental e controle, antes e depois da intervenção com o grupo experimental, em cuidados e estimulação, considerando o que fazem e o que acham importante fazer, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. A Tabela 6 apresenta os resultados para as comparações entre as mães e pais dos dois grupos. Conforme observado, as mães do grupo experimental apresentaram significativamente mais práticas de cuidado primário ($U = 0,000$; $p = 0,001$) e atribuíram mais importância à essa prática ($U = 0,000$; $p = 0,001$) após a intervenção do que as mães do grupo controle no pré-teste 2.

Assim como observado nas comparações que envolveram as mães, os pais dos dois grupos também diferiram significativamente no uso de práticas de cuidado. Os pais

do grupo experimental apresentaram significativamente mais cuidados primários ($U = 6,500$; $p = 0,007$) e atribuíram importância às práticas ($U = 0,000$; $p = 0,001$) no pós-teste 1 do que os pais do grupo controle no pré-teste 2.

Tabela 6 - Comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado das mães e pais do GE no pós-teste 1 e das mães e pais do GC no pré-teste 2.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães Exp. Pós 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 2 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pela mãe	33,6(5,1)	34,5	24-39	17,6(2,9)	17,5	14-23	0,000	0,001
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	34,9(2,8)	35,5	31-39	24,4(2,7)	23,5	21-30	0,000	0,001
	Pais Exp. Pós 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 2 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pelo pai	26,5(5,7)	24,5	20-39	14,7(6,7)	12,0	10-29	6,500	0,007
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	35,1(2,9)	34,5	32-40	24,7(2,0)	25,0	22-28	0,000	0,001

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Exp. = grupo experimental; Cont. = grupo controle; Pós 1 = pós-teste 1; Pré 2 = pré-teste 2; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística do teste Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney. Nível de significância $p < 0,05$.

As mesmas análises foram conduzidas para a prática de estimulação. A Tabela 7 apresenta os resultados das comparações do pós-teste 1 do GE e pré-teste 2 do GC de mães e pais. Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas na realização de estimulação tanto para as mães como para os pais do grupo experimental ($U = 0,500$; $p = 0,001$; $U = 2,000$; $p = 0,001$, respectivamente) em comparação ao grupo controle. A importância atribuída à prática de estimulação também aumentou significativamente no pós-teste 1 para as mães e pais do GE ($U = 0,000$; $p < 0,001$; $U = 0,000$; $p = 0,001$, respectivamente) do que para as mães e pais do GC no pré-teste 2.

Tabela 7 - Comparações entre as crenças parentais e práticas de estimulação das mães e pais do GE no pós-teste 1 e das mães e pais do GC no pré-teste 2.

Crenças parentais e práticas de estimulação	Mães Exp. Pós 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 2 (n = 8)			U	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pela mãe	41,6(4,9)	41,5	34-48	19,2(7,3)	17,5	12-34	0,500	0,001
Estimulação – importância atribuída às práticas	34,7(2,9)	34,5	31-39	24,4(2,8)	24,5	20-28	0,000	<0,001
	Pais Exp. Pós 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 2 (n = 8)				
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pelo pai	34,9(6,5)	36,5	25-45	17,4(7,0)	14,0	13-32	2,000	0,001
Estimulação – importância atribuída às práticas	35,9(2,6)	36,0	32-40	25,7(2,8)	26,5	21-29	0,000	0,001

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Exp. = grupo experimental; Cont. = grupo controle; Pós 1 = pós-teste 1; Pré 2 = pré-teste 2; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística do teste Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney. Nível de significância $p < 0,05$.

5.2.2 Comparações intragrupos

Para verificar se havia diferenças entre mães e pais de crianças com TEA do grupo controle do pré-teste 1 para o pré-teste 2 (realizados antes e depois da intervenção com o grupo experimental), em cuidado e estimulação, considerando o que fazem e o que acham importante fazer, utilizou-se o teste de Wilcoxon. A Tabela 8 apresenta os resultados para as mães e pais em cuidados primários.

No que se refere às mães, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na realização de cuidados primários ($Z = -2,414$; $p = 0,016$) e na importância atribuída às práticas ($Z = 2,264$; $p = 0,024$) na comparação entre o pré-teste 1 e 2. Na avaliação do pré-teste 2 as mães do grupo controle relataram cuidarem mais dos

seus filhos e acharem mais importante fazer essa prática do que na avaliação do pré-teste 1.

As comparações realizadas nas avaliações de pré-teste 1 e 2 dos pais do grupo controle apresentaram aumento significativo dos cuidados primários – prática realizada pelo pai ($Z = -2,232$; $p = 0,026$) no pré-teste 2.

Tabela 8 - Comparações entre as práticas de cuidado das mães e pais do GC no pré-teste 1 e pré-teste 2.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães Con. Pré 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 2 (n = 8)			Z	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pela mãe	16,2(3,3)	16,5	12-21	17,6(2,9)	17,5	14-23	-2,414	0,016
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,2(3,4)	23,0	18-30	24,4(2,7)	23,5	21-30	-2,264	0,024
	Pais Con. Pré 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 2 (n = 8)			Z	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Cuidados primários – prática realizada pelo pai	13,4(6,4)	11,0	9-28	14,7(6,7)	12,0	10-29	-2,232	0,026
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,2(3,2)	24,0	19-27	24,7(2,0)	25,0	22-28	-1,869	0,062

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Cont. = grupo controle; Pré 1 = pré-teste 1; Pré 2 = pré-teste 2; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; Z = estatística do teste Wilcoxon; valor de p obtido pelo teste Wilcoxon. Nível de significância $p < 0,05$.

Na Tabela 9 encontram-se apresentados os resultados para estimulação. Conforme observado, as mães do grupo controle aumentaram significativamente a realização da prática de estimulação ($Z = -2,539$; $p = 0,011$) e a importância atribuída a essa prática ($Z = -2,013$; $p = 0,044$) no pré-teste 2. Quanto aos pais, também foi observado aumento significativo no uso de estimulação ($Z = -2,558$; $p = 0,011$) e na importância atribuída à prática ($Z = -2,203$; $p = 0,028$) no pré-teste 2.

Tabela 9 - Comparações entre as práticas de estimulação de mães e pais do GC nos pré-testes 1 e 2.

Crenças parentais e práticas de estimulação	Mães Con. Pré 1 (n = 8)			Mães Cont. Pré 2 (n = 8)			Z	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Estimulação – prática realizada pela mãe	16,6(6,6)	14,5	9-30	19,2(7,3)	17,5	12-34	-2,539	0,011

Estimulação – importância atribuída às práticas	22,7(2,9)	23,0	19-26	24,4(2,8)	24,5	20-28	-2,013	0,044
	Pais Con. Pré 1 (n = 8)			Pais Cont. Pré 2 (n = 8)				
Estimulação – prática realizada pelo pai	15,6(6,8)	13,0	10-29	17,4(7,0)	14,0	13-32	-2,558	0,011
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,2(2,5)	25,0	19-26	25,7(2,8)	26,5	21-29	-2,203	0,028

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Cont. = grupo controle; Pré 1 = pré-teste 1; Pré 2 = pré-teste 2; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; Z = estatística do teste Wilcoxon; valor de p obtido pelo teste Wilcoxon. Nível de significância $p < 0,05$.

A Tabela 10 apresenta os resultados das comparações das crenças parentais e práticas de cuidado das mães do grupo experimental nos quatro momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e *follow up* 2. Observou-se que em relação aos cuidados primários, as práticas realizadas pelas mães diferiram nos momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 23,712$; $p < 0,001$], bem como a importância atribuída à essas práticas [$\chi^2(3) = 23,712$; $p < 0,001$]. O teste de comparações múltiplas mostrou que as mães do grupo experimental aumentaram o uso das práticas de cuidado no *follow up* 1 em comparação ao pré-teste ($p = 0,001$), e no *follow up* 2 em comparação ao pré-teste ($p < 0,001$). Resultado semelhante foi identificado na importância atribuída às práticas, que foi maior no *follow up* 1 e 2 em comparação ao pré-teste ($p = 0,001$; $p < 0,001$, respectivamente).

Quanto à estimulação, foram identificadas diferenças significantes no uso dessas práticas pelas mães do grupo experimental ao longo das avaliações [$\chi^2(3) = 23,712$; $p < 0,001$], com aumento significativo desta prática nas comparações realizadas entre o pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,001$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p < 0,001$). A importância que as mães do grupo experimental atribuíam as práticas de estimulação também aumentou de forma significativa nas quatro avaliações [$\chi^2(3) = 19,571$; $p < 0,001$], com diferenças significativas nas comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,030$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,030$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,001$). Algo importante a ser considerado ainda é que não houve diferenças significativas em o pós-teste e os *follow ups* e nem entre

as avaliações de acompanhamento (follow up 1 e 2), dado este que revela a manutenção dos dados obtidos na intervenção.

Tabela 10 – Comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado das mães do grupo experimental nas avaliações do pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães GE pré (n = 8)			Mães GE pós (n = 8)			Mães GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Mães GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Cuidados primários – práticas	21,1(5,1)	20,5	13-29	33,6(5,1)	34,5	24-39	35,4(4,7)	35,5	27-40	35,5(4,7)	35,5	27-40	23,712	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Cuidados primários – importância atribuída	23,9(4,0)	24,0	18-29	34,9(2,8)	35,5	31-39	37,9(1,8)	37,0	36-40	38,0(1,7)	37,0	36-40	23,172	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Estimulação – práticas	22,2(3,1)	21,5	18-27	41,6(4,9)	41,5	34-48	44,2(5,2)	43,5	37-50	44,4(5,1)	43,5	38-50	23,172	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Estimulação – importância atribuída	24,0(3,4)	24,0	18-29	34,7(2,9)	34,5	31-39	34,7(2,9)	34,5	31-39	35,5(2,5)	35,0	33-40	19,571	<0,001	Pré<Pós; Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Na Tabela 11 são apresentados os resultados das comparações considerando os pais do grupo experimental nas quatro avaliações. Conforme observado, ocorreram mudanças significativas nos cuidados primários tanto em relação a realizar essas práticas [$\chi^2(3) = 23,400$; $p < 0,001$] quanto a atribuir importância a elas [$\chi^2(3) = 19,714$; $p < 0,001$]. Os pais do grupo experimental aumentaram o uso das práticas de cuidado primário após a intervenção, resultado identificado pela comparação significativa entre o pré-teste e o *follow up 1* ($p = 0,002$) e *follow up 2* ($p < 0,001$). Também consideraram essas práticas mais importantes após terem realizado a intervenção, uma vez que os desempenhos informados nas avaliações de *follow up 1* e 2 foram significativamente maiores do que o informado no pré-teste ($p = 0,003$; $p = 0,001$, respectivamente).

Com relação à estimulação, os resultados também foram significativos para as comparações referentes ao uso dessa prática [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$] e importância atribuída a elas [$\chi^2(3) = 21,600$; $p < 0,001$]. Os pais do grupo experimental aumentaram significativamente o uso dessas práticas nos *follow ups 1* e 2 em comparação ao informado na avaliação de pré-teste ($p = 0,001$; $p = 0,001$, respectivamente). A importância atribuída às práticas diferiu significativamente após a realização da intervenção ($p = 0,040$) e nos dois *follow ups* que foram realizados pelo estudo (*follow up 1* $p = 0,040$; *follow up 2* $p = 0,001$).

Tabela 11 – Comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado dos pais do grupo experimental nas avaliações do pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Pais GE pré (n = 8)			Pais GE pós (n = 8)			Pais GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Pais GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Cuidados primários – práticas realizadas pelos pais	15,2(5,6)	14,0	8-25	26,5(5,7)	24,5	20-39	29,5(4,9)	27,5	25-40	29,7(4,6)	28,5	25-40	23,400	<0,001	Pré < <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	24,5(4,1)	23,5	19-32	35,1(2,9)	34,5	32-40	36,1(3,2)	36,0	32-40	36,2(3,1)	36,5	32-40	19,714	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Estimulação – práticas realizadas pelos pais	16,4(7,6)	14,5	8-30	34,9(6,5)	36,5	25-45	38,4(4,9)	39,5	30-47	38,4(4,9)	39,5	30-47	24,000	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,6(3,9)	25,0	19-32	35,9(2,6)	36,0	32-40	35,9(2,6)	36,0	32-40	36,6(2,4)	37,5	33-40	21,600	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Com relação aos resultados obtidos pelos participantes do grupo controle, as Tabelas 12 e 13 apresentam as comparações realizadas entre as avaliações de pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up* das mães e pais deste grupo.

Conforme identificado na Tabela 12, as mães do grupo controle diferiram significativamente nos cuidados primários realizados [$\chi^2(3) = 23,734$; $p < 0,001$] e importância atribuída a eles [$\chi^2(3) = 23,260$; $p < 0,001$] nos diferentes momentos de avaliação. No que se refere a utilização das práticas de cuidados primários, as diferenças foram significativas nas comparações entre o pré-teste 1 e o pós-teste ($p = 0,016$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,008$) indicando o aumento dessas práticas com a realização da intervenção, bem como na avaliação de seguimento. Resultado semelhante foi identificado para a importância atribuída à essas práticas, uma vez que as diferenças também se concentraram nas comparações entre o pré-teste 1 e o pós-teste ($p = 0,016$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$), e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,008$), com aumento significativo após a intervenção e na avaliação de seguimento.

Na Tabela 12 também são apresentados os resultados para estimulação. Foram encontradas diferenças significativas no relato de práticas de estimulação das mães do grupo controle nos diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 23,734$; $p < 0,001$]. As diferenças estiveram concentradas nas comparações entre o pré-teste 1 e o pós-teste ($p = 0,008$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,016$) com desempenho melhor para as mães após a realização da intervenção e na avaliação de seguimento. Quanto à importância atribuída as práticas de estimulação, foi identificada diferença entre as avaliações [$\chi^2(3) = 20,500$; $p < 0,001$] com aumento significativo no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$).

Tabela 12– Comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado das mães do grupo controle nas avaliações do pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Mães GC pré 1 (n = 8)			Mães GC pré 2 (n = 8)			Mães GC pós (n = 8)			Mães GC <i>follow up</i> (n=8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Cuidados primários – práticas realizadas pelas mães	16,2(3,3)	16,5	12-21	17,6(2,9)	17,5	14-23	30,2(4,0)	29,5	25-37	32,6(3,9)	32,0	27-40	23,734	<0,001	Pré 1<pós; Pré 1< <i>follow up</i> Pré 2< <i>follow up</i>
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,2(3,4)	23,0	18-30	24,4(2,7)	23,5	21-30	37,0(1,8)	36,5	35-40	38,7(1,7)	40,0	36-40	23,260	<0,001	Pré 1<pós; Pré 1< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Estimulação – práticas realizadas pelas mães	16,6(6,6)	14,5	9-30	19,2(7,3)	17,5	12-34	39,0(4,3)	38,5	33-47	41,1(4,4)	40,0	34-50	23,734	<0,001	Pré 1<pós; Pré 1< <i>follow up</i> ; Pré 2> <i>follow up</i>
Estimulação – importância atribuída às práticas	22,7(2,9)	23,0	19-26	24,4(2,8)	24,5	20-28	24,4(2,8)	24,5	20-28	28,6(3,3)	28,0	25-35	20,500	<0,001	Pré 1< <i>follow up</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré 1 = pré-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

As comparações das crenças parentais e práticas de cuidado dos pais do grupo controle encontram-se apresentadas na Tabela 13. As práticas de cuidados primários realizadas pelos pais do grupo controle diferiram de forma significativa nos diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 23,538$; $p < 0,001$]. As comparações entre os momentos pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,022$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,006$) foram estatisticamente significantes, com aumento na realização dessas práticas após a intervenção e na avaliação de seguimento. Os pais também atribuíram mais importância às práticas de cuidados primários após a intervenção [$\chi^2(3) = 21,701$; $p < 0,001$], com diferenças significantes para as comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,030$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$), e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,004$).

Também ocorreram diferenças na realização das práticas de estimulação dos pais do grupo controle nos diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 23,538$; $p < 0,001$]. A realização dessas práticas foi maior no pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,006$), *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e *follow up* em comparação ao pré-teste 2 ($p = 0,022$). Além disso, os pais do grupo controle atribuíram mais importância às práticas de estimulação [$\chi^2(3) = 19,261$; $p < 0,001$] sendo que diferenças significantes foram encontradas nas comparações entre o pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$),

Tabela 13 – Comparações entre as crenças parentais e práticas de cuidado dos pais do grupo controle nas avaliações do pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

Crenças parentais e práticas de cuidado	Pais GC pré 1 (n = 8)			Pais GC pré 2 (n = 8)			Pais GC pós (n = 8)			Pais GC <i>follow up</i> (n= 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Cuidados primários – práticas realizadas pelos pais	13,4(6,4)	11,0	9-28	14,7(6,7)	12,0	10-29	28,1(3,5)	28,0	24-34	30,1(3,5)	31,0	25-35	23,538	<0,001	Pré 1<pós; Pré 1< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Cuidados primários – importância atribuída às práticas	23,2(3,2)	24,0	19-27	24,7(2,0)	25,0	22-28	37,0(2,3)	37,0	34-40	38,1(2,1)	39,0	35-40	21,701	<0,001	Pré 1<pós; Pré 1< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Estimulação – práticas realizadas pelos pais	15,6(6,8)	13,0	10-29	17,4(7,0)	14,0	13-32	37,7(5,9)	36,0	30-50	39,2(5,3)	38,5	32-50	23,538	<0,001	Pré 1<Pós; Pré 1< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Estimulação – importância atribuída às práticas	24,5(2,5)	25,0	19-26	25,7(2,8)	26,5	21-29	25,7(2,8)	26,5	21-29	29,1(2,4)	29,5	26-33	19,261	<0,001	Pré 1< <i>follow up</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré 1 = pré-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu analisar se havia diferenças entre as crenças e práticas de cuidado e estimulação entre pais e mães de crianças com TEA e qual o impacto de um programa de pais sobre elas.

Comparando as práticas e as crenças de estimulação e cuidados entre pais e mães observou-se que antes da intervenção as mães apresentaram médias significativamente maiores de cuidados primários do que os pais, considerando a amostra total. A hipótese de que as mães teriam médias maiores já na linha de base em relação a realizar os cuidados primários e, também, que achariam mais importante fazê-los do que os pais, foi parcialmente confirmada a medida em que houve diferença apenas no que eles fazem, não apresentando diferenças entre os grupos quanto a importância atribuída às práticas de cuidado. Resultados semelhantes foram encontrados por Jurdi e Silva (2021), em uma pesquisa pais de crianças com TEA. As autoras apontaram a pressão e a sobrecarga das mães em relação aos cuidados primários em comparação com as funções exigidas pela sociedade no papel do pai.

Considerando a prática e a importância da estimulação de seus filhos não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de mães e pais de crianças com TEA antes da intervenção. Assim como os estudos de Jurdi e Silva (2021) e Cruz et al. (2016) os pais realizam práticas de estimulação nos momentos lúdicos, brincam mais, já as mães que também brincam são protagonistas nos cuidados primários.

Um outro dado analisado foi o efeito de uma intervenção sobre as práticas de cuidado e de estimulação entre pais e mães de crianças com TEA. Observou-se que tanto pais como mães relataram significativamente mais práticas de cuidado e de estimulação assim como atribuíram mais importância a elas. Para Jurdi e Silva (2021), os pais

geralmente ficam com a função lúdica na vida das crianças, mas o presente estudo mostrou que um programa sobre práticas parentais pode alterar essa crença. Também, no presente estudo observou-se que as mães cuidam mais dos seus filhos do que os pais e os estimulam tanto quanto eles. O estudo de Cruz et al. (2016), contribuiu para elucidar este dado no sentido em que discute que pais de crianças com deficiência parecem ter uma exigência social maior do que pais de crianças com desenvolvimento típico. Neste estudo as autoras demonstraram que os pais de crianças com microcefalia, em tratamento intensivo de reabilitação, são tão exigidos como as mães em relação à estimulação dessas crianças em ambiente doméstico. Entretanto, mesmo com o alto desempenho em práticas de estimulação ainda não se colocaram em uma posição de protagonista no cuidado da criança, deixando o cuidado primário sob a responsabilidade materna.

A análise dos efeitos de um programa para pais sobre as práticas de cuidado e estimulação e a importância dada a eles mostrou que, comparando os resultados das mães do grupo experimental e o controle antes da intervenção, as mães do GE desde o pré-teste, apresentaram médias maiores de práticas de cuidado e de estimulação do que o GC. Mas, não foram observadas diferenças significativas quanto à importância atribuída aos cuidados e à estimulação entre os grupos de mães antes de qualquer intervenção. Analisando as diferenças entre os grupos levantou-se a possibilidade de atribuir tal resultado a escolaridade das mães, que era menor no grupo experimental, ainda que a diferença entre elas não fosse significativa. Martins (2011), analisando os fatores que afetavam as práticas de cuidados primários, a escolaridade das mães foi o único fator que exerceu significativa influência sobre as dimensões de cuidados primários. O autor encontrou que as mães de maior escolaridade relataram realizar menos as práticas de cuidados do que mães de menor escolaridade, afetando somente a frequência do cuidado e não a importância atribuída a este. Quanto aos pais, não foram observadas diferenças

significativas entre os grupos tanto no que se refere às práticas de cuidado e as de estimulação e a importância delas antes da intervenção.

Provavelmente, os resultados obtidos pelas mães do GE no pré-teste tenham influenciado os obtidos no teste pós-intervenção onde relataram mais comportamentos de cuidado e de estimulação do que as mães de GC, ainda sem intervenção. Mas, a participação no programa aumentou significativamente a importância que as mães do GE atribuíram as práticas de cuidado e de estimulação, quando comparadas as mães do GC, sem a participação no programa. Ainda que todas as crianças e seus pais estivessem participando do programa ABA, observa-se que o programa para pais, fez a diferença nos resultados obtidos, potencializando boas práticas de cuidado e de estimulação tanto para as mães como para os pais. Tais dados corroboram com as pesquisas de Santos, Dias e Novo (2017), Roberts et al. (2011), Bagaiolo et al. (2018) e Chacko et al. (2016), as quais demonstraram que o treino parental é efetivo para a mudança de práticas de cuidados e de estimulação, principalmente quando envolvem o ensino de habilidades funcionais, fáceis de manter e conduzir no ambiente doméstico.

Análises foram conduzidas para verificar a manutenção dos ganhos observados após a participação dos dois grupos no programa para pais. Os dados mostraram que, tanto para os pais como para as mães do GE não foram observadas diferenças entre os relatos tanto das práticas de cuidado e estimulação, como da importância atribuída a eles, nos dois *follow ups* conduzidos. Resultados semelhantes foram observados entre os pais e mães do GC, ainda que os dados se refiram a somente um *follow up*. Os dados sugerem que provavelmente os pais sejam reforçados pelos resultados obtidos das suas ações, refletindo em mudanças de comportamento de seus filhos e avanços no seu desenvolvimento, mantendo as práticas de cuidado e estimulação aprendidas. Tais resultados parecem não comprovar os achados da revisão sistemática realizada por

Chacko et al. (2016). Os dados que os autores encontraram apontaram que a manutenção dos ganhos no treino parental não é duradoura na maior parte dos estudos relacionados, pois os conceitos básicos de comportamento e as estratégias relacionadas podem ser difíceis para os pais aplicarem e manterem em ambientes naturais, dadas as demandas das vidas das famílias. A diferença pode estar no intervalo entre os *follow ups* realizados no presente estudo, com variação de quatro a cinco semanas, que pode ser menor do que a dos estudos analisados. Outro ponto discordante do estudo de Chacko et al. (2016) é sobre o engajamento dos pais em treinos parentais. No presente estudo não houve desistência dos participantes enquanto nos estudos analisados por ele, 40 a 60% dos participantes abandonaram a intervenção. Uma hipótese para o engajamento dos pais pode ter sido o fato de que seus filhos já eram atendidos no programa ABA no mesmo serviço em que ocorreu o programa para pais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo visou descrever e comparar crenças em relação a cuidados primários e estimulação de pais e mães de crianças com autismo, antes e depois de uma intervenção, tanto em relação ao que estes efetivamente relatam fazer como em relação à importância atribuída aos cuidados e à estimulação destas crianças.

Os resultados apontaram para diferenças entre pais e mães com relação aos cuidados, mas não com relação à estimulação de seus filhos e a importância atribuída a ela. Mães cuidam mais. Todavia, o programa para pais implementado mostrou-se eficiente. Ele resultou em aumento, tanto para pais como para mães das duas práticas, de cuidado e de estimulação, assim como da importância atribuída a elas. Dados de *follow up* mostraram a manutenção desses ganhos. Tais dados demonstraram a grande

efetividade da associação do treino de pais com a estimulação em ABA no que diz respeito a mudanças em relação a crenças sobre cuidados primários e estimulação.

Entre as limitações do estudo estão: a) Como os testes se baseiam em relato sobre crenças de cuidados e estimulação e foi aplicado por vários momentos, pode ter influenciado na respostas dos genitores a medida em que iam aprendendo com as próprias respostas e isto pode ter influenciado os resultados, b) as avaliações de pós-teste e de *follow up* com um intervalo curto (quatro a cinco semanas), o que pode ter camuflado dados de manutenção. Este prazo foi reduzido devido a Pandemia de Covid 19. Outra limitação possível e que deve ser investigada em outras pesquisas é a influência de características individuais de cada família nos resultados e nas discrepâncias encontradas entre os grupos, por ter sido um estudo randomizado algumas características não foram homogeneamente divididas apesar de os grupos não apresentarem diferenças significativas entre si.

Estudos futuros sugerem grupos maiores, com intervalo de tempo maiores entre as avaliações, especialmente entre pós teste e *follow up*, estudos com crianças participantes e não participantes da intervenção ABA e, se possível, o controle de variáveis sociodemográficas antes da randomização dos participantes.

ESTUDO 2

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS ANTES E DEPOIS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO POSITIVA PARA PAIS DE CRIANÇAS COM TEA

1. INTRODUÇÃO

Os modelos teóricos e os termos conceituais para referir-se a classe de comportamentos interacionais de pais e filhos, que permeiam a necessidade de cuidar, educar e promover o desenvolvimento das crianças, têm sido nomeados de formas distintas na literatura, como por exemplo: estilos parentais, práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais ou, ainda, como crenças, valores parentais, ideias. No entanto, todos esses modelos acabam convergindo para uma definição que, em geral, são comportamentos ou conjunto de práticas que os cuidadores utilizam na expectativa de educar, controlar o comportamento e socializar seus filhos (MAFIOLETTI et al., 2010). Dentro deste contexto, tais práticas têm função significativa na promoção de desenvolvimento dos filhos, uma vez que permeiam todas as interações pais-filhos e propiciam a aquisição de repertórios comportamentais (GOMIDE, 2004).

Gomide (2006) descreveu em suas pesquisas sete práticas parentais, onde duas são consideradas positivas, a medida em que auxilia no desenvolvimento social das crianças e, cinco são consideradas negativas pois, de alguma forma, afetam o processo de aprendizagem e de desenvolvimento. Classificadas como práticas positivas temos a Monitoria Positiva (que se refere ao acompanhamento de atividade e localização dos filhos) e o Comportamento Moral (caracterizado pelo ensino de valores culturais, justiça,

responsabilidade). Qualificadas como práticas negativas estão: a negligência (que se refere a ausência de atenção e afeto); a disciplina relaxada (que consiste na inconsistência de castigos e não cumprimento de regras pré-estabelecidas); a punição inconsistente (que pune ou reforça dependendo do humor dos pais e não do comportamento da criança); a monitoria negativa (quando cuidadores estabelecem regras excessivas, criam ambiente hostil e muito autoritário, sem que seja possível cumprir todas as regras estabelecidas) e, o abuso físico (qual enquadra tanto ameaças e chantagens como castigos físicos). Schmidt et al. (2016) ressaltaram que pais engajados promovem práticas parentais positivas à medida em que enfatizam expressão de afeto, comunicação aberta e, também, buscam resolver impasses na educação e no manejo do comportamento de maneira construtiva. Já as práticas parentais negativas podem causar prejuízos nas competências sociais e emocionais da criança.

Após descrever e caracterizar tais práticas Gomide (2006) elaborou o Inventário de Estilos Parentais (IEP) que teve como objetivo avaliar o estilo parental de famílias com e sem risco social. Visando avaliar e intervir com famílias de crianças na primeira infância, quando necessário, Altafim, Schiavo e Rodrigues (2008) elaboraram uma adaptação do instrumento de Gomide (2006), pois até então, não havia na literatura um instrumento que avaliasse as práticas educativas de pais de crianças pequenas. O resultado foi o “Inventário de Estilos Parentais para Mães e Pais de Bebês (IEPMB)”. Este instrumento é formado por 25 afirmativas que caracterizam cinco práticas parentais: Monitoria Positiva, Negligência, Abuso Físico, Disciplina Relaxada e Punição Inconsistente. Os cuidadores escolhem uma das alternativas, em uma escala *likert* relacionada a frequência com que aquela afirmativa acontece na relação com o filho (onde a resposta “sempre” vale dois pontos; “às vezes”, um ponto e, “nunca”, zero ponto). Onde nas quatro práticas consideradas negativas (Negligência, Abuso Físico, Disciplina

Relaxada e Punição Inconsistente) quanto maior a pontuação maior o risco na interação com essa criança, já para a prática monitoria positiva quanto maior o escore melhores são as práticas.

Guisso, Bolze e Viera (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura visando caracterizar programas de orientação de mães e pais de crianças típicas, que utilizavam a promoção de práticas parentais positivas na primeira infância. Como resultados apontaram para a escassez de programas nacionais com tal objetivo, onde todos os programas descritos foram internacionais. Os autores chamaram atenção, também, ao fato de que houve nos programas descritos ênfase na participação maciça feminina e que alguns fatores influenciam na adesão aos programas tais como: melhor / maior condição socioeconômica, escolaridade, idade dos pais / mães. Outro dado que chama atenção nos resultados foi o fato de que os autores destacaram as dificuldades de adesão e manutenção dos resultados, pois o engajamento dos pais nos treinamentos é inconsistente. No entanto, ressaltaram que os pais que participaram obtiveram mudanças positivas em relação às práticas parentais.

Em relação ao abuso físico uma pesquisa interdisciplinar conduzida por Santos (2014) analisou o perfil socioeconômico de diferentes comunidades no Brasil e o comportamento familiar em relação a educação e disciplina praticada pelas famílias, além de outras características de cada comunidade. Para a coleta de dados foram utilizados questionários, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussões. Ao todo, participaram do estudo, 2.889 pessoas de 15 comunidades em três capitais - Recife, Rio de Janeiro e São Paulo. Como resultados o autor encontrou que a grande maioria (79%) dos adultos grita com as crianças, 56% relataram utilizar castigo e, 53% da amostra afirmou bater ou “dar uns tapas” como forma de educação. Dentre os grupos que batem o autor destaca que houve diferença significativa entre os gêneros, sendo que mães e avós (mulheres) relataram em maior

frequência o uso dessa prática, quando comparado com os pais ou avôs. Uma hipótese é que as mulheres tendem a permanecer mais tempo junto com as crianças o que as leva a apresentar esses comportamentos com mais frequência.

Seabra-Santos et al. (2016), ressaltaram que existem variáveis que influenciam na complexidade das relações entre pais e filhos, tais como: características da criança e dos pais (como agitação, temperamento); relação conjugal; modelos parentais que esses pais tiveram ao longo da criação e do contexto sociocultural. Dessa forma, ressaltaram o treino parental como uma maneira de acolher e promover competências nos pais, por meio de estratégias em relação a comportamentos inadequados e dificuldades emocionais da criança. Investir em treinos parentais em uma fase tão crucial do desenvolvimento humano, como a primeira infância, é considerada uma estratégia significativa para promover habilidades nos cuidadores no que diz respeito a educação dos filhos (BOLSONI-SILVA et al., 2008).

A eficiência das intervenções baseadas em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) está descrita em diversos estudos (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020), os quais demonstraram a aquisição e a modificação de comportamentos de crianças com ou sem deficiência em diversos contextos. A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) visa colaborar para diminuir excessos comportamentais que funcionam como barreiras de desenvolvimento, assim como ensinar a minimizar *déficits* comportamentais. Os resultados eficazes deste tipo de intervenção são um consenso hoje na literatura internacional (WATERS et al., 2020).

Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) fizeram uma revisão de literatura para descrever os treinos parentais baseados na Análise do Comportamento Aplicada no tratamento de crianças com TEA. Para atingir tal objetivo as autoras investigaram artigos, periódicos,

livros e manuais sobre a temática, entre os anos de 2004 a 2018. Os resultados permitiram concluir sobre a comprovação de evidência científica desses programas em relação a promoção de habilidades parentais em lidar com comportamentos disruptivos e na ampliação de comportamentos adaptativos. No entanto, as autoras ressaltaram o nível de tecnicismo de tais programas a medida em que focaram nas técnicas de manipulação comportamental e enxergaram os pais como coterapeutas das crianças, sem levar em conta as dificuldades e peculiaridades das relações parentais, nem mesmo as práticas por eles estabelecidas, o que prejudicou a manutenção das habilidades por estes pais no decorrer do tempo e na adesão aos cursos.

Um ponto importante a ser ressaltado é a importância das discussões e da modelação quando se refere a alteração de práticas parentais, como o ressaltado no estudo de Nogueira, Rodrigues e Altafim (2013). Nele participaram 40 mães de bebês que responderam ao IEPMB e, posteriormente, participaram de uma intervenção com 10 encontros semanais. As autoras obtiveram como resultado que o grupo foi efetivo para a maioria das participantes, as quais melhoraram, de maneira geral, as práticas parentais positivas cujos resultados foram mantidos na avaliação de acompanhamento, mesmo a intervenção não focando diretamente em mudanças comportamentais em relação aos filhos. As autoras salientaram que o acesso à informação empodera e dá autonomia para que essas mães possam exercer sua parentalidade.

Intervenções com cuidadores em relação a práticas e responsividade parentais são importantes como forma de prevenção de práticas abusivas como a agressão física, por exemplo. O estudo de Surgik (2016) enfatizou os resultados positivos de um treino de mães já na gestação como prevenção de práticas parentais negativas. A intervenção consistiu em 12 encontros que visaram abordar temas relativos ao desenvolvimento do bebê, amamentação, maus tratos, raiva e estresse, disciplina positiva, práticas parentais,

conexão da díade e empoderamento. Obteve-se, como resultado, que o estado emocional negativo e práticas parentais negativas foram elencados como fatores de risco para maus tratos. Houve melhora no estilo parental geral, quando comparado os resultados de pré e pós teste, com o IEPMB, e as práticas positivas se mantiveram na testagem de *follow up*. A autora concluiu que existem inúmeros estressores na relação dos pais com seus filhos e que intervenções são necessárias para o acesso à informação e para a prevenção de maus tratos, promovendo vinculações saudáveis. Observa-se, então, a necessidade de investigar as práticas de pais e mães de crianças, em especial com TEA, testando a viabilidade de intervenções pontuais com essa população, prevenindo, assim, relações que podem ocasionar situações de risco para mães/pais ou criança.

2. OBJETIVOS

- 2.1- Descrever e comparar o efeito de um programa para pais de crianças com TEA no relato das práticas parentais utilizadas com seus filhos.
- 2.2. Descrever e comparar as práticas educativas de pais e mães de crianças com TEA, antes e depois de Programa de Educação Positiva para Pais.
- 2.3. Descrever e comparar as práticas educativas de pais e mães de crianças com TEA, do GE e do GC antes e depois de Programa de Educação Positiva para Pais.

3. MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Idem ao descrito na página 22.

3.2 Delineamento da pesquisa

Idem ao descrito na página 23.

3.3 Participantes

Neste estudo participaram 32 responsáveis de crianças com TEA (16 pais e 16 mães) cujas características estão descritas na Tabela 3 do Método geral, nas páginas 24 a 28.

3.4 Local

As avaliações dos responsáveis foram aplicadas individualmente na clínica onde as crianças estavam frequentando, de forma presencial ou online, atendimentos terapêuticos. Devido à Pandemia de COVID 19 algumas famílias optaram por fazer até mesmo os momentos de avaliação de maneira online, onde o instrumento era respondido e encaminhado antes dos encontros do programa que foram todos online.

3.5 Materiais

- Inventário de Estilos Parentais para Pais e Mães de Bebês (IEPMB), adaptado de Gomide (2006), por Altafim, Schiavo e Rodrigues (2008). Consiste em um questionário com 25 afirmativas onde o responsável deve descrever a frequência com que a afirmativa acontece em seu contexto.

4 PROCEDIMENTO

4.1 Procedimento de Coleta de Dados

Seguiu os módulos descritos no Método Geral nas páginas 28 a 32.

As discussões em relação a parentalidade foram inseridas nas alterações no momento de elaboração do Programa para os pais.

4.2 Procedimento de Análise de Dados

Para responder as perguntas e objetivos propostos pelo estudo, foram realizadas análises descritivas dos dados (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo), análises de comparação entre os grupos pelo teste Mann-Whitney e análises de comparação intragrupo pelo teste de Wilcoxon e o teste de Friedman para as comparações intragrupo com análise de post-hoc e correção de Bonferroni quando os valores de p foram significativos ($<0,05$). As análises das mães e pais do grupo experimental consideraram as avaliações de pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e *follow up* 2. As avaliações das mães e pais do grupo controle consideradas para as análises foram pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*. A escolha pelos testes não paramétrico ocorreu após ter sido verificada a distribuição de normalidade dos dados e não a ter observado.

O software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 foi usado para analisar os dados. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Para responder à pergunta “Como são as práticas educativas de pais e mães de crianças com TEA? Há diferenças entre elas?” utilizou-se o teste Mann-Whitney, conforme observado na Tabela 1. Comparando a amostra toda, as mães e pais de crianças com TEA diferiram significativamente na prática educativa de abuso físico ($U = 79,000$;

$p = 0,015$). Ainda que em baixa frequência, as mães informaram que emitiram essa prática mais frequentemente do que os pais.

Tabela 1 - Comparação entre as práticas educativas de mães e de pais de crianças com TEA no pré-teste 1.

Práticas educativas	Mães (n = 16)			Pais (n = 16)			U	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Monitoria positiva	8,7(1,2)	8,5	7-10	8,0(1,3)	8,0	6-10	92,500	0,168
Punição inconsistente	4,4(1,4)	5,0	2-6	4,0(1,2)	4,0	2-6	105,000	0,375
Negligência	1,8(1,4)	2,0	0-4	2,1(0,9)	2,0	1-4	111,000	0,510
Disciplina relaxada	4,0(1,6)	4,5	1-6	3,4(1,4)	3,5	1-6	96,500	0,227
Abuso físico	0,6(0,7)	0,0	0-2	0,1(0,2)	0,0	0-1	79,000	0,015

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney. Nível de significância 0,05.

Para entender se as práticas educativas parentais de pais e mães dos dois grupos difeririam ou seriam equivalentes, foram comparadas as respostas dos pais e mães antes da intervenção de ambos os grupos. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para essa análise e os dados estão apresentados na Tabela 2. As comparações entre mães e pais do GE e do GC não apontaram para diferenças estatisticamente significativas no pré-teste 1.

Tabela 2 – Comparações entre as práticas educativas de mães e pais do GE e GC no pré-teste 1.

Práticas educativas	Mãe Experimental (n = 8)			Mãe controle (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Monitoria positiva	8,6(1,3)	8,5	7-10	8,7(1,2)	8,5	7-10	30,000	0,826
Punição inconsistente	4,5(1,7)	5,0	3-6	4,2(1,7)	4,5	2-6	31,000	0,914
Negligência	1,5(0,8)	1,0	0-4	2,1(1,4)	2,5	0-4	24,000	0,391
Disciplina relaxada	4,1(1,5)	4,0	2-6	3,9(1,7)	4,5	1-6	29,000	0,746
Abuso físico	0,6(0,7)	0,5	0-2	0,5(0,7)	0,0	0-2	28,500	0,680
Práticas educativas	Pai Experimental (n = 8)			Pai controle (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Monitoria positiva	8,0(1,4)	8,0	6-10	8,0(1,3)	8,0	6-10	31,500	0,959
Punição inconsistente	4,2(1,4)	4,0	2-6	3,7(1,0)	4,0	2-5	25,000	0,447
Negligência	2,1(0,8)	2,0	1-3	2,1(1,1)	2,0	1-4	31,000	0,912
Disciplina relaxada	3,6(1,6)	4,0	1-6	3,1(1,1)	3,0	2-5	25,000	0,450
Abuso físico	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,1(0,3)	0,0	0-1	28,000	0,317

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; U = estatística de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste de Mann-Whitney. Nível de significância 0,05.

Os pais e mães do GC responderam ao IEPMPB antes e depois do GE participar da intervenção. O teste de Wilcoxon foi utilizado para analisar esses dados conforme apresentado na Tabela 3. Foi identificada diferença significativa na prática educativa Disciplina relaxada ($Z = -2,070$; $p = 0,038$), mais frequente no pré-teste 1 do que no pré-teste 2, para as mães do GC. Quanto às práticas educativas dos pais do grupo controle no pré-teste 1 e pré-teste 2, a Tabela 3 apresenta os resultados das comparações. O uso de práticas de Monitoria positiva ($Z = -2,000$; $p = 0,046$) e Negligência ($Z = -2,236$; $p = 0,025$) pelos pais diferiram significativamente no período comparado. O uso de Monitoria positiva aumentou e o de Negligência diminuiu do Pré teste 1 para o Pré teste 2.

Tabela 3 – Comparações entre as práticas educativas de mães e pais do GC no pré-teste 1 e pré-teste 2.

Práticas educativas	Mãe Cont. Pré 1 (n = 8)			Mãe Cont. Pré 2 (n = 8)			Z	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Monitoria positiva	8,7(1,2)	8,5	7-10	9,0(0,9)	9,0	8-10	-1,414	0,157
Punição inconsistente	4,2(1,7)	4,5	2-6	3,7(0,9)	3,5	3-5	-1,000	0,317
Negligência	2,1(1,4)	2,5	0-4	2,1(1,3)	3,0	0-3	0,000	1,000
Disciplina relaxada	3,9(1,7)	4,5	1-6	3,0(1,3)	3,5	1-4	-2,070	0,038
Abuso físico	0,5(0,7)	0,0	0-2	0,4(0,5)	0,0	0-1	-1,000	0,317
Práticas educativas	Pai Cont. Pré 1 (n = 8)			Pai Cont. Pré 2 (n = 8)			Z	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Monitoria positiva	8,0(1,3)	8,0	6-10	8,5(1,1)	8,5	7-10	-2,000	0,046
Punição inconsistente	3,7(1,0)	4,0	2-5	3,7(0,9)	4,0	2-5	0,000	1,000
Negligência	2,1(1,1)	2,0	1-4	1,5(1,1)	2,0	0-3	-2,236	0,025
Disciplina relaxada	3,1(1,1)	3,0	2-5	2,6(0,7)	2,5	2-4	-1,633	0,102
Abuso físico	0,1(0,3)	0,0	0-1	0,1(0,3)	0,0	0-1	0,000	1,000

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Cont. = grupo controle; Pré 1 = pré-teste 1; Pré 2 = pré-teste 2 realizado no grupo controle após a intervenção com o grupo experimental; M = média; DP = desvio padrão; Mín = mínimo; Máx = máximo; Z = estatística de Wilcoxon; valor de p obtido pelo teste de Wilcoxon. Nível de significância 0,05.

Na Tabela 4 encontram-se descritos os resultados das comparações das práticas educativas das mães do grupo experimental nas quatro avaliações realizadas pelo estudo. Conforme identificado, todas as práticas parentais investigadas apresentaram diferenças significativas, todavia as diferenças observadas em monitoria positiva [$\chi^2(3) = 13,250$ p

= 0,004), negligência [$\chi^2(3) = 13,227$; $p = 0,004$] e abuso físico [$\chi^2(3) = 12,000$; $p = 0,007$] não foram confirmadas após a correção de Bonferroni.

Quanto ao uso de punição inconsistente, as mães do grupo experimental diferiram nessa prática nos diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 22,000$; $p < 0,001$], com diminuição significativa nas comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,040$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,006$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,006$), sugerindo que a intervenção foi efetiva para a diminuição do uso dessa prática.

O uso da prática de disciplina relaxada pelas mães do grupo experimental também se diferenciou de forma significativa entre as avaliações [$\chi^2(3) = 20,556$; $p < 0,001$], com diminuição significativa nas comparações entre o pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,012$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,006$).

Tabela 4 – Comparações entre as práticas educativas das mães do grupo experimental nas avaliações do pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

Práticas educativas	Mães GE pré (n = 8)			Mães GE pós (n = 8)			Mães GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Mães GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Monitoria positiva	8,6(1,3)	8,5	7-10	9,6(0,6)	10,0	9-10	9,7(0,5)	10,0	9-10	9,9(0,3)	10,0	9-10	13,250	0,004	n.s.
Punição inconsistente	4,5(1,1)	5,0	3-6	0,7(0,9)	0,5	0-2	0,5(0,5)	0,5	0-1	0,5(0,5)	0,5	0-1	22,000	<0,001	Pré>pós Pré> <i>follow up 1</i> ; Pré> <i>follow up 2</i>
Negligência	1,5(1,4)	1,0	0-4	0,4(0,7)	0,0	0-2	0,4(0,7)	0,0	0-2	0,2(0,5)	0,0	0-1	13,227	0,004	n.s.
Disciplina relaxada	4,1(1,5)	4,0	2-6	0,6(0,7)	0,5	0-2	0,4(0,5)	0,0	0-1	0,2(0,5)	0,0	0-1	20,556	<0,001	Pré> <i>follow up 1</i> ; Pré> <i>follow up 2</i>
Abuso físico	0,6(0,7)	0,5	0-2	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	12,000	0,007	n.s.

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; n.s. = não significativo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Com relação às práticas educativas dos pais do grupo experimental (Tabela 5), apenas a prática de abuso físico não apresentou diferença significativa entre as avaliações realizadas. Desde o pré-teste nenhum pai deste grupo informou utilizá-la, deste modo, a análise estatística para essa prática não foi realizada.

Quanto à prática de monitoria positiva, foram identificadas diferenças significativas entre as quatro avaliações realizadas [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$]. As comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,012$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,012$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,012$) mostraram um aumento significativo no uso dessa prática após a intervenção com manutenção nas avaliações de seguimento.

Também ocorreram diferenças significativas no uso de punição inconsistente pelos pais do grupo experimental [$\chi^2(3) = 21,833$; $p < 0,001$]. As comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,030$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,012$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,004$) mostraram uma diminuição significativa desta prática após a intervenção, mantendo-se nas avaliações de seguimento.

O uso de negligência pelos pais do grupo experimental também se alterou entre as avaliações [$\chi^2(3) = 22,765$; $p < 0,001$]. Ocorreram diminuições significativas do uso desta prática evidenciadas pelas comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,016$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,016$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,006$).

Com relação à disciplina relaxada, os pais do grupo experimental também mudaram o uso desta prática entre as avaliações [$\chi^2(3) = 21,500$; $p < 0,001$]. As diferenças foram identificadas nas comparações entre o pré-teste e pós-teste ($p = 0,016$), pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,016$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,006$) e caracterizaram diminuições no uso desta prática, ou seja, após a intervenção os pais do grupo experimental passaram a usar menos este tipo de prática para educar seus filhos.

Tabela 5 – Comparações entre as práticas educativas dos pais do grupo experimental nas avaliações do pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

Práticas educativas	Pais GE pré (n = 8)			Pais GE pós (n = 8)			Pais GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Pais GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Monitoria positiva	7,7(1,2)	8,0	6-9	9,9(0,3)	10,0	9-10	9,9(0,3)	10,0	9-10	9,9(0,3)	10,0	9-10	24,000	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Punição inconsistente	4,4(1,3)	4,0	2-6	0,5(0,7)	0,0	0-2	0,4(0,5)	0,0	0-1	0,2(0,5)	0,0	0-1	21,833	<0,001	Pré>pós; Pré> <i>follow up 1</i> ; Pré> <i>follow up 2</i>
Negligência	2,1(0,8)	2,0	1-3	0,2(0,5)	0,0	0-1	0,2(0,5)	0,0	0-1	0,1(0,3)	0,0	0-1	22,765	<0,001	Pré>pós; Pré> <i>follow up 1</i> ; Pré> <i>follow up 2</i>
Disciplina relaxada	3,6(1,6)	4,0	1-6	0,5(0,7)	0,0	0-2	0,4(0,5)	0,0	0-1	0,5(0,7)	0,0	0-2	21,500	<0,001	Pré>pós; Pré> <i>follow up 1</i> ; Pré> <i>follow up 2</i>
Abuso físico	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	-	-	-

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; n.s. = não significativo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Os resultados obtidos pelas mães do grupo controle encontram-se apresentados na Tabela 6. Para as comparações, foram consideradas as avaliações realizadas no pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*. Foram encontradas diferenças significativas em duas das cinco práticas educativas investigadas. A monitoria positiva diferiu de forma significativa nas comparações entre as quatro avaliações [$\chi^2(3) = 13,154$; $p = 0,004$], todavia não foi confirmada pela correção de Bonferroni. O mesmo aconteceu para a prática de negligência [$\chi^2(3) = 17,280$; $p = 0,001$] e abuso físico [$\chi^2(3) = 8,760$; $p = 0,033$]. Identificaram-se diminuições no uso das demais práticas investigadas e que constituem práticas parentais negativas.

As diferenças observadas no uso de punição inconsistente pelas mães do grupo controle [$\chi^2(3) = 22,114$; $p < 0,001$] foram evidenciadas pelas diminuições encontradas nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,06$), pré-teste 1 e *follow up* ($p = 0,006$), pré-teste 2 e pós-teste ($p = 0,022$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,022$). As mães deste grupo usaram menos punição inconsistente após realizar a intervenção, mantendo o resultado na avaliação de seguimento.

O uso de disciplina relaxada também apresentou diferenças ao longo das avaliações [$\chi^2(3) = 22,157$; $p < 0,001$], com diminuições significativas observadas nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,006$), pré-teste 1 e *follow up* ($p = 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,040$).

Tabela 6 – Comparações entre as práticas educativas das mães do grupo controle nas avaliações do pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

Práticas educativas	Mães GC pré 1 (n = 8)			Mães GC pré 2 (n = 8)			Mães GC pós (n = 8)			Mães GC <i>follow up</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Monitoria positiva	8,7(1,2)	8,5	7-10	9,0(0,9)	9,0	8-10	9,9(0,3)	10,0	9-10	9,9(0,3)	10,0	9-10	13,154	0,004	n.s.
Punição inconsistente	4,2(1,7)	4,5	2-6	3,7(0,9)	3,5	3-5	0,5(0,5)	0,5	0-1	0,5(0,5)	0,5	0-1	22,114	<0,001	Pré 1> <i>follow up</i> ; Pré 1>pós; Pré 2>pós; Pré 2> <i>follow up</i>
Negligência	2,1(1,4)	2,5	0-4	2,1(1,3)	3,0	0-3	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	17,280	0,001	n.s.
Disciplina relaxada	3,9(1,7)	4,5	1-6	3,0(1,3)	3,5	1-4	0,1(0,3)	0,0	0-1	0,4(0,5)	0,0	0-1	22,157	<0,001	Pré 1>pós; Pré 1> <i>follow up</i> ; Pré 2> <i>follow up</i>
Abuso físico	0,5(0,7)	0,0	0-2	0,4(0,5)	0,0	0-1	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	8,760	0,033	n.s.

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; n.s. = não significativo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Na Tabela 7 são mostrados os resultados das comparações para os pais do grupo controle. O uso de monitoria positiva diferiu significativamente entre os diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 16,745$; $p = 0,001$]. A diferença foi significativa na comparação entre o pré-teste 1 e *follow up* ($p = 0,012$) e evidenciou aumento no uso desta prática pelos pais.

Os pais também diferiram significativamente no uso de punição inconsistente entre as quatro avaliações [$\chi^2(3) = 22,014$; $p < 0,001$]. As análises de comparação indicaram diminuições significativas no uso desta prática entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,030$), pré-teste 1 e *follow up* ($p = 0,004$), pré-teste 2 e pós-teste ($p = 0,030$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,004$).

O uso de negligência pelos pais do grupo controle diferenciou-se entre as avaliações [$\chi^2(3) = 20,719$; $p < 0,001$], com diminuições significativas evidenciadas nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,006$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,003$). O uso da disciplina relaxada também foi alterado entre as avaliações [$\chi^2(3) = 23,328$; $p < 0,001$], com diminuições significativas nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,004$), pré-teste 1 e *follow up* ($p = 0,004$), pré-teste 2 e pós-teste ($p = 0,030$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,030$).

Não foram encontradas diferenças significantes nas comparações realizadas entre o uso de abuso físico pelos pais do grupo controle nos diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 3,000$; $p = 0,392$].

Tabela 7 – Comparações entre as práticas educativas dos pais do grupo controle nas avaliações do pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

Práticas educativas	Pais GC pré 1 (n = 8)			Pais GC pré 2 (n = 8)			Pais GC pós (n = 8)			Pais GC <i>follow up</i> (n = 8)			x ²	P	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Monitoria positiva	8,0(1,3)	8,0	6-10	8,5(1,1)	8,0	7-10	9,7(0,5)	10,0	9-10	9,5(0,7)	10,0	8-10	16,745	0,001	Pré 1< <i>follow up</i>
Punição inconsistente	3,7(1,0)	4,0	2-5	3,7(0,9)	4,0	2-5	0,6(0,5)	1,0	0-1	1,0(0,7)	1,0	0-2	22,014	<0,001	Pré 1>pós; Pré 1> <i>follow up</i> ; Pré 2>pós; Pré 2> <i>follow up</i>
Negligência	2,1(1,1)	2,0	1-4	1,5(1,7)	2,0	0-3	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,1(0,3)	0,0	0-1	20,719	<0,001	Pré 1>pós; Pré 1> <i>follow up</i>
Disciplina relaxada	3,1(1,1)	3,0	2-5	2,6(0,7)	2,5	2-4	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	23,328	<0,001	Pré 1>pós; Pré 1> <i>follow up</i> ; Pré 2>pós; Pré 2> <i>follow up</i>
Abuso físico	0,1(0,3)	0,0	0-1	0,1(0,3)	0,0	0-1	0,0(0,0)	0,0	0-0	0,0(0,0)	0,0	0-0	3,000	0,392	n.s.

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; n.s. = não significativo; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever e comparar as práticas parentais de pais e mães de crianças com TEA, assim como o efeito de um programa de educação parental para pais em dois grupos de cuidadores.

Para responder estes objetivos inicialmente foram comparadas as práticas parentais de toda a amostra, separando pais e mães. Observou-se, como resultado, uma similaridade entre as práticas parentais de toda a amostra, diferindo apenas em uma das práticas, onde as mães responderam praticar abuso físico, ainda que em baixa frequência, em maior quantidade do que os pais da amostra. Santos (2014) encontrou resultados semelhantes apesar de estudar uma amostra de pais totalmente diferentes, sendo de crianças típicas em situação de vulnerabilidade. Neste estudo 53% dos participantes afirmaram utilizar ainda que raramente o abuso físico como meio de punição e, dentre esses, a maioria eram mães. O autor discute que na realidade do seu estudo este dado foi entendido como uma violência social perpetuada, pois as mulheres sofriam abusos físicos de seus companheiros e os reproduziam nas crianças. Todavia, também é possível levantar a hipótese de que as mães, por permanecerem mais tempo com as crianças e se responsabilizarem pelas demais atividades da casa, podem ficar mais estressadas, mais cansadas e, eventualmente, utilizar mais de tapas, castigos e outros comportamentos mais violentos para controlar seus filhos. Não foram encontradas na literatura dados de pais de crianças com deficiências em intervenção em relação ao uso de castigos físicos como punição. No caso dos participantes deste estudo, apesar da grande maioria responder no questionário que não praticavam abuso físico, ao longo dos encontros a maioria dos casais (principalmente as mães) afirmaram que em algum momento já haviam utilizado o bater (palmada) como meio de punição, mas que não consideravam a palmada como abuso

físico, pois não chega a machucar a criança. É uma crença que reflete aspectos culturais da educação de crianças na nossa sociedade apesar da proibição legal do uso deste tipo de controle.

Para garantir a consistência dos dados foram feitas testagem de linha de base nos dois grupos (controle e experimental). Os resultados dessa comparação da primeira, sem diferenças significativas das práticas parentais dos dois grupos demonstrou a similaridade da amostra, o que dá consistência aos dados obtidos.

Comparando os resultados dos dois pré-testes do Grupo Controle, observou-se alterações em algumas práticas parentais antes da intervenção com os pais, provavelmente frutos das orientações dos profissionais da intervenção intensiva em ABA. Observou-se que os pais deixaram de negligenciar e passaram a exercer uma monitoria positiva no cuidado com os filhos. A evidência científica dos resultados positivos da intervenção em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) na modificação de comportamento e ganho de habilidades é descrita por diversos estudos (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020).

Ao analisar as práticas educativas parentais apresentadas pelas mães do grupo experimental nas quatro avaliações (pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*), observou-se que as mães deste grupo já apresentavam uma alta frequência de monitoria positiva antes da intervenção, mas ainda se verificou um aumento após a intervenção e a manutenção desta prática em alta frequência nos dois momentos de avaliação de seguimento. Todavia, provavelmente pelo efeito teto, os aumentos observados não foram significativos. Outro dado importante a ser destacado é que a frequência de práticas negativas como a punição inconsistente e a disciplina relaxada, as quais dentro da filosofia da Análise do Comportamento intensifica e reforça a frequência de

comportamentos inadequados e contestação nas crianças, apresentou, após a intervenção com os pais, diminuição significativa. Os resultados em relação às práticas dos pais do GE foram similares, apresentando um aumento progressivo das práticas positivas ao longo das avaliações (para eles de maneira significativa) e a diminuição de todas as práticas negativas apresentadas por estes inicialmente. Tais dados comprovam a evidência científica da intervenção deste grupo como um todo, corroborando com os resultados apresentados por Cordeiro, Rocha e Anadão (2020), que reafirmaram a eficiência de treinos parentais para a modificação de práticas educativas. Outro dado interessante foi o aumento observado nas práticas positivas no *follow up* em relação ao pré-teste mostrando a força da intervenção e da passagem do tempo, tanto para a assimilação do conhecimento adquirido no programa, como as oportunidades de colocar esse conhecimento em prática na relação destas mães com os filhos. Os resultados das pesquisas de Nogueira, Rodrigues e Altafim (2013) e Surgik (2016) enfatizaram a importância da manutenção dos resultados na modificação das práticas parental e nas avaliações de seguimento a fim de sustentar as mudanças na educação oferecida por esses pais a estas crianças de maneira eficaz e duradoura.

Em relação aos resultados apresentados nas avaliações de mães e pais do grupo controle, observou-se que, na comparação dos quatro momentos de avaliação (pré-teste 1 e 2, pós-teste e follow up), as mães deste grupo demonstraram aumento significativo na prática de monitoria positiva e diminuição na prática negativa de punição inconsistente e disciplina relaxada. Ressalta-se, ainda, que estas diferenças significativas foram evidenciadas tanto em relação a avaliação imediata a intervenção como em relação a avaliação de seguimento, diferente do grupo experimental. Os resultados dos pais deste grupo foram semelhantes, a medida em que a intervenção foi eficaz demonstrando aumento de práticas parentais positivas (monitoria positiva) e diminuição de práticas

parentais negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada). Tais resultados também se aproximam dos resultados descritos na literatura (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020), em relação a eficácia de treinos parentais.

Porém, um dado a ser ressaltado é que, diferente dos dados apresentados na literatura em relação ao engajamento dos pais no programa de parentalidade positiva, ao longo desta pesquisa não houve nenhuma desistência em relação aos participantes do programa, tanto pais como mães. As pesquisas citadas na revisão de Guisso, Bolze e Viera (2019) apontaram para um alto índice de desistência dos pais durante a intervenção. Um fator que pode ter influenciado a não desistência dos participantes do presente estudo pode ser porque a intervenção aconteceu em meio a Pandemia de COVID 19, onde todos as pessoas estavam confinadas em casa, como uma recomendação do Ministério da Saúde. Dessa maneira, no período pais e mães estavam em casa dividindo os cuidados e a estimulação dos filhos, que por estarem em intervenção intensiva, só saíam de casa para ir às terapias, pois até mesmo as escolas estavam fechadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo eram descrever e comparar as práticas educativas parentais de pais e mães de crianças com autismo, antes e depois de um programa de treino parental de educação positiva. Os resultados demonstraram a eficiência do programa no aumento e na manutenção desta diferença após a intervenção em dois grupos, em tempos

diferentes. O programa foi eficaz tanto no aumento de práticas educativas parentais positivas como na diminuição de práticas negativas.

O estudo se mostrou importante na comprovação de resultados eficazes na modificação de práticas parentais ampliando as positivas e diminuindo as negativas em relação ao período de intervenção em Análise do Comportamento Aplicada, mesmo sem intervenção direta.

Entre as limitações do estudo destaca-se o curto intervalo entre as avaliações de pós-teste e de follow up. Todavia, esse prazo foi reduzido devido a Pandemia de Covid 19.

As sugestões para estudo futuros seriam: a utilização de amostras maiores e mais expressivas em relação a esta comunidade; intervalo maior entre as avaliações de follow up e, controle das variáveis sociodemográficas durante a randomização dos grupos para garantir maior homogeneidade entre eles.

ESTUDO 3

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TEA: EFEITOS DO PROGRAMA ABA E DE UM PROGRAMA PARA PAIS

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil se caracteriza por um processo contínuo e multideterminado, recebendo influência de fatores intrínsecos, como genéticos e condições biológicas e, externos, como os diferentes contextos em que a criança está inserida (familiar, escolar, de lazer e clínico ou institucional). Essas diferentes condições deveriam proporcionar à criança oportunidades de interação com o outro, desenvolvimento de comportamentos adaptativos e outras aprendizagens (ZAGO et al., 2017). Ainda não há consenso na literatura em relação aos fatores que determinam as alterações neurodesenvolvimentais do Transtorno do Espectro Autista (TEA), porém há fortes indícios de que há fatores genéticos e ambientais associados. O Manual de Doenças Internacional (DSM-V APA, 2014), define este transtorno como uma alteração no neurodesenvolvimento, que causa prejuízos persistentes em duas grandes áreas, a comunicação social e padrões restritos de interesse, comportamento e atividades, que se manifestam desde a primeira infância.

O diagnóstico deste transtorno é feito por médicos neurologistas, auxiliado por uma equipe interdisciplinar, pois é essencialmente clínico. Por isso, a equipe deve estar atenta e proporcionar ocasião para que os diagnósticos diferenciais sejam testados antes de tirar conclusões (APA, 2014). Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle de Doenças e Prevenção, do governo dos EUA) a prevalência atual

de crianças com TEA nos Estados Unidos é de 1/54, mantendo a distribuição de quatro crianças do sexo masculino para uma do sexo feminino (CDC, 2020).

Apesar de todas as crianças com TEA apresentarem alterações nas duas grandes áreas citadas anteriormente, as manifestações deste transtorno são multivariadas. Desta maneira a intervenção deve ser individualizada a partir dos déficits, excessos e potencialidades de cada indivíduo. São inúmeros os instrumentos que se propõem a avaliar o desenvolvimento de um indivíduo como um todo ou em áreas específicas, de modo a identificar comportamentos que podem ser alvo de intervenção. Dos instrumentos os mais encontrados na literatura são: as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil, a Escala do Desenvolvimento do Bebê no primeiro ano de vida, o Teste Denver, a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor Infantil (EADP), a Alberta Infant Motor Scale (AIMS), a Movement Assessment Infant (MAI) e o Inventário Portage Operacionalizado (HEINRICHS, 2020; RODRIGUES, 2012).

O Guia Portage de Educação Pré-escolar foi desenvolvido nos Estados Unidos, na cidade de Portage, Wisconsin, cujos autores originais foram Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard (1978) e era composto por um instrumento de avaliação de repertório e um conjunto de orientações aos pais e professores para estimular crianças com atrasos de desenvolvimento. Em 2001, Williams e Aiello traduziram e adaptaram o instrumento de avaliação de desenvolvimento. A adaptação consistiu em operacionalizar as instruções de um dos instrumentos do Guia Portage, que tinha como objetivo identificar habilidades para compor o currículo de ensino de crianças pré-escolares. O instrumento avalia 580 comportamentos divididos por faixa etária em cinco áreas (Socialização, Desenvolvimento Motor, Linguagem, Autocuidado e Cognição). A partir daí o Inventário Portage Operacionalizado (IPO) tem sido amplamente utilizado para a avaliação de repertório comportamental indicando as alterações no desenvolvimento infantil diante de

uma intervenção, pois é um instrumento de aplicação simples e validado para a cultura brasileira (WILLIAMS; AIELLO, 2021). A partir da identificação das defasagens e necessidades comportamentais identificadas um planejamento é elaborado e são definidas ações interventivas apropriadas.

Em se tratando de crianças com TEA, entre as intervenções disponíveis, estão aquelas baseadas na Análise do Comportamento. Um dos programas que tem sido intensamente utilizado com crianças com TEA é o Applied Behavior Analysis (ABA). Esse termo inglês tem sido traduzido como Análise do Comportamento Aplicada. A ABA é a aplicação de uma filosofia psicológica, o Behaviorismo radical e é embasada por um campo científico que desenvolve tecnologia para intervenções eficazes no comportamento, a Análise Experimental do Comportamento. Esses três âmbitos compõem um campo denominado ciência do comportamento (BAER; WOLF; RISLEY, 1968).

Um exemplo é o estudo de Gomes et al. (2017) onde o IPO foi utilizado para avaliar a eficácia de um programa de intervenção Intensiva baseado na Análise do Comportamento. Assistentes terapêuticos foram capacitados para a aplicação do IPO e em técnicas de ensino sistemático em ambiente doméstico para os cuidadores por 15 horas semanais. Como resultados os autores obtiveram melhora no desempenho das crianças participantes em todas as áreas do IPO.

A terapia para crianças com TEA fundamentada nos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é diretiva no sentido de trabalhar potencialidades em favor do desenvolvimento e das necessidades, gerando novas habilidades, aproveitando o campo de interesse da criança, presente em seu repertório comportamental. Deste modo, é possível construir os pré-requisitos necessários para que o indivíduo perceba o mundo de forma adequada, direcionando potencialidades em novas habilidades, extinguindo

comportamentos disruptivos que estão ocorrendo em excesso no repertório individual e desenvolvendo comportamento em déficits no desenvolvimento.

Atualmente a terapia ABA é a indicada para tratamentos de crianças com Transtorno do Espectro Autista, sendo uma prática baseada em evidências científicas comprovada por diversas pesquisas, como nos estudos de Wong et al. (2015), Pires (2011) e Virués-Ortega (2010). Os autores enfatizaram a intervenção ABA (Applied Behavior Analytic) como intensa, abrangente e de longo prazo, levando a ganhos positivos importantes em termos de funcionamento intelectual, desenvolvimento de linguagem, aquisição de habilidades de vida diária e funcionamento social dessas crianças.

Lovaas (1987) é considerado um dos principais criadores da intervenção baseada nos princípios da Análise Aplicada do Comportamento (ABA) e foi o primeiro a demonstrar experimentalmente resultados eficazes em relação a mudança de comportamento e aquisição de novas habilidades, promovendo um desenvolvimento promissor dentro das capacidades do indivíduo por meio do ensino fundamentado pela ABA. Uma das características exigidas para a comprovação dos resultados desta intervenção é a intensidade e frequência, sugerindo de 10 a 40 horas semanais, com protocolos que devem ser treinados todos os dias na semana, preferencialmente (BAER; WOLF; RISLEY, 1968; LOVAAS, 1987). Tanto a frequência como a intensidade dependem de cada caso e deve ser reavaliado conforme a evolução, definidos por um psicólogo especialista em Análise do Comportamento.

A intervenção com base em Análise do Comportamento Aplicada (ABA), é uma terapia baseada em evidência, que vem ganhando espaço no Brasil por atingir excelentes resultados. Estudos atuais que visam testar a eficácia desta intervenção para o tratamento de crianças com TEA, comparando inclusive com outras abordagens tem demonstrado que a ABA apresenta melhora no funcionamento global do indivíduo, na aquisição e

competência de repertório social e cognitivo, e redução de sintomatologia no TEA e que há manutenção destes ganhos ao longo do tempo (PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020).

Recentemente Medeiros (2021) fez uma revisão sistemática da literatura em relação as contribuições da Análise Comportamento em relação à aprendizagem de pessoas com autismo. Neste estudo a autora ressaltou as técnicas e as contribuições da ABA para a aprendizagem de crianças, referindo-se preferencialmente a crianças com TEA.

Em relação à programas de treinos de pais baseados na Análise do Comportamento Aplicada no tratamento de crianças com TEA, Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) fizeram uma revisão de literatura, analisando materiais como artigos, periódicos, livros entre os anos de 2004 a 2018. Como resultados encontraram que tais treinos foram eficazes para diminuir comportamentos inadequados nas crianças e na ampliação de comportamentos adaptativos. Uma crítica aos estudos, no entanto, foi o excesso de tecnicismo de tais programas, colocando os pais apenas como aplicadores de técnicas de manipulação comportamental, sem considerar as individualidades de cada família e os estilos parentais. Dessa maneira, prejudicou a manutenção dos resultados e o engajamento ao programa.

Chacko et al. (2016), interessado nos fatores de engajamento dos pais no treinamento comportamental, elaborou uma revisão sistemática da literatura, analisando a procura na inscrição, frequência, atrito, desistência, envolvimento dentro da sessão e conclusão da lição de casa. Como resultado encontrou que um quarto dos pais elegíveis para o treinamento nem se inscrevem, metade dos que se inscrevem não concluem os treinamentos. Todavia, dos que permanecem e demonstram engajamento nas atividades atingem resultados eficazes.

Um estudo de revisão sistemática semelhante foi feito por Guisso, Bolze e Viera (2019), que visou caracterizar programas de treinamento de mães e pais de crianças típicas em relação à promoção de práticas educativas parentais. Como resultados os autores ressaltaram, principalmente, a escassez de programas nacionais com tal objetivo. Todos os programas descritos foram internacionais e tinham uma participação maciça feminina. Os autores também destacaram as dificuldades de adesão e manutenção dos resultados, pois o engajamento dos pais nos treinamentos foi inconsistente. No entanto, concluíram que os pais que participaram obtiveram mudanças positivas em relação às práticas parentais.

Ferreira et al. (2016) realizaram um estudo com cinco cuidadores de crianças com TEA, visando testar a eficácia de um programa de implementação de tentativas discretas (uma técnica de ensino bastante utilizada nos programas de ensino baseados na Análise do Comportamento Aplicada), no ambiente doméstico. Os cuidadores foram submetidos a treinos em clínica para entender a sistematização do ensino. Os resultados mostraram que os procedimentos adotados foram eficazes em relação a precisão da aplicação do procedimento de tentativa discreta por pais de crianças diagnosticadas com autismo, no entanto, não mediu a aplicação ou manutenção deste aprendizado por esses cuidadores fora da clínica, ou seja, no ambiente doméstico.

Andalécio (2019) descreveu e avaliou um estudo de acompanhamento de uma Intervenção Comportamental Intensiva, em ABA, com uma criança por cinco anos (2012 a 2017). A criança iniciou intervenção com dois anos e dois meses, com grave comprometimento de habilidades básicas e não verbal. A intervenção ocorreu por 40 horas semanais em ambiente domiciliar e escolar e era conduzida por um estagiário de psicologia (assistente terapêutico) responsável pelos treinos de fala e cognitivos e, pela babá e mãe, que eram responsáveis pelos treinos de atividade de vida diária e autocuidado,

supervisionados por uma analista do comportamento. A avaliação anual do repertório comportamental da criança foi feito por meio do Inventário Portage Operacionalizado, e dois outros instrumentos padronizados o Psychoeducational Profile-Revised - PEP-R (SCHOPLER; REICHLER; BASHFORD; LANSING; MARCUS, 1990) e a escala CARS (*Childhood Autism Rating Scale* - CARS (SCHOPLER; REICHLER; RENNER, 1988). Os resultados indicaram ganhos no desenvolvimento geral da criança, com melhora progressiva ao longo dos cinco anos e enfatizaram a viabilidade da capacitação dos cuidadores para estimulação em ambiente natural.

A respeito da capacitação de cuidadores, pensando na promoção de habilidades de crianças com TEA, a literatura tem dados promissores em relação a eficácia e tem indicado a participação dos pais como uma alternativa viável para intervenções intensivas com base na Análise do Comportamento Aplicada. Segundo Smith et al. (2000), a intervenção intensa aplicada entre 10 a 40 horas semanais por profissionais formados são inviáveis pelo alto custo financeiro e pelo número reduzido de profissionais capacitados, pensando na demanda de pessoas com autismo a ser atendida. Assim a capacitação de cuidadores sejam eles assistente terapêuticos (estagiários) ou genitores tem sido utilizada como recurso (DAWSON et al., 2010), para profissionais e pais (EIKESETH; SMITH; JAHAR; ELDEVIK, 2002), para professores (LOVAAS, 1987) para profissionais e estagiários (SMITH et al., 2000). No entanto, uma lacuna observada é que em nenhum destes estudos houve a preocupação em preparar esses pais para executar tais técnicas, assim como auxiliá-los a refletir sobre práticas educativas ou uma avaliação das habilidades desses cuidadores para serem elegíveis a tal implementação, um aspecto que o presente estudo pretende preencher.

2. OBJETIVOS

Geral

Descrever e comparar o desenvolvimento de crianças com TEA, nas cinco grandes áreas (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor), antes e depois de seus pais participarem de um programa ABA associado a um programa de educação positiva para pais de crianças com TEA.

Específicos

2.1 Descrever e comparar o desenvolvimento de crianças com TEA, nas cinco grandes áreas (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor), que estão em um programa ABA (Pré teste 1 X Pré teste 2 – GC).

2.2 Descrever e comparar o desenvolvimento de crianças com TEA, nas cinco grandes áreas (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor), que estão em um programa ABA antes e depois da participação de seus pais em um programa de educação positiva (Pré teste 1 X Pós teste 1 X Pós teste 2– GE; Pré teste 2 X Pós teste 1 - GC).

2.3 Descrever e comparar o desenvolvimento nas cinco grandes áreas (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor) de crianças com TEA do Grupo Experimental (que estavam em um programa ABA associado a um programa de educação positiva para pais de crianças com TEA) com o Grupo Controle (que estava somente no programa ABA) (Pré teste 1 GE X Pré teste 1 GC; Pós teste 1 GE X Pré teste 2 GC).

3. MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Idem ao descrito na página 22.

3.2 Delineamento da pesquisa

Idem ao descrito na página 23.

3.3 Participantes

Neste estudo participaram as 16 crianças descritas na Tabela 2 do Método geral, nas páginas 24 a 28.

3.4 Local

As crianças foram avaliadas na mesma clínica em que estão submetidas em intervenção baseada em Análise do Comportamento Aplicada intensiva, no interior de São Paulo. Descrito com mais detalhes no Método Geral na página 28.

3.5 Materiais

- Inventário Operacionalizado Portage (WILLIAMS; AIELLO, 2001) – descrito com detalhes na página 26.
- Material da Williams et al. (2008) – descrição na página 27.

4 PROCEDIMENTO

4.1 Procedimento de Coleta de Dados

O procedimento de coleta de dados foi dividido em seis módulos:

Módulo 1: já descrito na página 28.

Módulo 2: Avaliação do repertório comportamental da criança (Pré-teste 1 para os dois grupos):

As crianças de ambos os grupos passaram por uma avaliação de repertório comportamental para estabelecimento de linha de base. O instrumento utilizado para a avaliação foi o Inventário Operacionalizado Portage (WILLIAMS; AIELLO, 2001; 2018). Elas foram avaliadas pela equipe interdisciplinar da clínica composta por fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e uma assistente terapêutica formada em Psicologia, a fim de estabelecer uma avaliação cega e evitar a contaminação dos dados.

A aplicação dos itens foi feita de maneira independente em cada uma das áreas, a partir de sessões interdisciplinar de 50 minutos, onde a equipe se revezava para intercalar itens sociais, motores e de cognição, enquanto observavam a linguagem e as habilidades de autocuidado. Quando necessário usaram os pais como informantes. Foram utilizadas folhas de registro para assinalar quais itens a criança conseguia ou não realizar. Os resultados obtidos (ou seja, a soma dos itens que a criança consegue fazer) foram comparados aos itens esperados para a faixa etária. Essa avaliação tinha o objetivo de identificar déficits e potencialidades. A primeira avaliação (pré-teste 1) foi iniciada com os itens previstos para a idade anterior à idade cronológica da criança, por se tratar de crianças com defasagens comportamentais importantes, obedecendo o critério do instrumento de reversão e encerramento da avaliação (WILLIAMS; AIELLO, 2001; WILLIAMS; AIELLO; PACHECO, 2018). O critério para a interrupção da testagem foi

quinze itens consecutivos de respostas incorretas em determinada faixa etária, de acordo com o manual do instrumento.

Módulo 3: Intervenção com pais (Já descrito na página 29).

Módulo 4: Reavaliação do repertório comportamental das crianças (Pós teste para GE e Pré-teste 2 para GC). Após o término do programa e de três meses de atendimento em ABA, as crianças de ambos os grupos foram reavaliadas com o IPO para verificar se houve mudanças significativas no desenvolvimento das crianças. Na segunda avaliação foram testados apenas os itens anteriormente não pontuados, obedecendo o critério de encerramento da avaliação.

Módulo 5: já descrito na página 31.

Módulo 6: já descrito na página 32.

4.2 Procedimento de Análise de Dados

Foram calculadas as médias, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo do desempenho das crianças de cada grupo nos diferentes momentos de avaliação do desenvolvimento. Em seguida, verificou-se a distribuição de normalidade dos dados das crianças da amostra total (grupo experimental e controle) nas avaliações de pré-teste 1 e 2, e pós-teste 1 e follow up 1 e 2. Utilizou-se como critério a assimetria $|Sk| \leq 3$ e curtose $|Ku| \leq 7$ (KLINE, 2004) e, uma vez que os dados atenderam as exigências, o Teste t de amostras pareadas foi utilizado para a comparação intragrupo da amostra total (pré e pós-teste).

Devido ao número reduzido da amostra ($n = 8$ crianças em cada grupo), as demais análises foram conduzidas com testes estatísticos não paramétricos. Foram realizadas comparações entre o desempenho no Inventário Portage Operacionalizado (IPO) (Williams & Aiello, 2001) das crianças do grupo experimental e controle nas avaliações de pós-teste e follow up. O teste de Mann-Whitney foi utilizado nestas análises. Para o grupo experimental, considerou-se o desempenho das crianças avaliado no follow up 1.

Para cada grupo investigado (crianças do grupo experimental e crianças do grupo controle) foram realizadas comparações intragrupo utilizando-se o teste de Friedman com análises de post-hoc e correção de Bonferroni quando os valores de p foram significativos ($<0,05$). As análises do grupo experimental consideraram quatro avaliações: pré-teste, pós-teste, follow up 1 e follow up 2. Para as comparações do grupo controle também foram consideradas quatro avaliações: pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e follow up.

O IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 foi utilizado para as análises. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados seguindo as comparações feitas inter e intragrupos. A primeira avaliação intergrupos contemplou a comparação com o teste Mann-Whitney considerando as avaliações de pré-teste 1 das crianças dos dois grupos, apresentada na Tabela 1. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desenvolvimento das crianças dos dois grupos no pré-teste 1, indicando que elas apresentavam níveis semelhantes de desenvolvimento antes da participação dos pais no programa.

Tabela 1 - Comparações entre o desenvolvimento das crianças do GE e GC no pré-teste 1.

IPO	Crianças GE pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 1 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Socialização	33,7(12,6)	39,0	16-48	25,9(12,2)	24,0	13-45	20,000	0,207
Linguagem	28,5(16,9)	27,0	9-54	17,1(13,0)	14,0	4-43	17,500	0,127
Autocuidado	27,2(14,5)	23,0	12-52	23,4(10,7)	21,0	11-39	28,000	0,674
Cognição	33,6(16,3)	33,5	16-56	26,2(11,0)	24,0	15-45	23,000	0,342
Desenv. Motor	82,4(21,1)	84,5	55-105	67,4(6,7)	69,5	56-78	22,500	0,317

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; pré 1 = pré-teste 1; U = estatística do teste de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney; Nível de significância 0,05.

Para entender o efeito da intervenção em ABA, a qual as crianças estavam submetidas, foi conduzida uma análise de comparação intragrupo utilizando o Wilcoxon. A Tabela 2 apresenta os resultados do pré teste 1 e do pré teste 2 do GC. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para todas as áreas de desenvolvimento avaliadas pelo instrumento. As médias obtidas pelas crianças no pré teste 2 foram maiores do que aquelas do pré-teste.

Tabela 2 - Comparações entre o desenvolvimento das crianças do grupo controle nas avaliações de pré-teste 1 e 2.

IPO	Crianças GC pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			Z	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Socialização	25,9(12,2)	24,0	13-45	30,4(12,4)	29,0	18-49	-2,555	0,011
Linguagem	17,1(13,0)	14,0	4-43	21,5(12,7)	17,5	9-45	-2,527	0,012
Autocuidado	23,4(10,7)	21,0	11-39	28,4(10,0)	25,5	17-42	-2,533	0,011
Cognição	26,2(11,0)	24,0	15-45	31,5(11,7)	30,5	19-49	-2,536	0,011
Desenv. motor	67,4(6,7)	69,5	56-78	73,7(4,9)	73,5	68-79	-2,521	0,012

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; desenv. = desenvolvimento; pré 1 = pré-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; Z = estatística do teste Wilcoxon; valor de p obtido pelo teste Wilcoxon; Nível de significância 0,05.

Análise intergrupos foi realizada para entender o efeito do grupo dos pais no desenvolvimento das crianças. A Tabela 3 apresenta os resultados para as comparações entre o pós-teste 1 das crianças do GE e o pré-teste 2 das crianças do GC. As crianças do

grupo experimental tiveram desempenhos melhores em todas as áreas do que as crianças do grupo controle, todavia, foram encontradas diferenças entre as crianças nas áreas de socialização ($U = 7,500$; $p = 0,010$), linguagem ($U = 8,500$; $p = 0,014$), autocuidado ($U = 10,500$; $p = 0,024$) e cognição ($U = 13,000$; $p = 0,045$).

Tabela 3 - Comparações entre o desenvolvimento das crianças do GE no pós-teste 1 e das crianças do GC no pré-teste 2.

IPO	Crianças GE pós 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Socialização	50,2(13,9)	55,0	31-68	30,4(12,4)	29,0	18-49	7,500	0,010
Linguagem	46,5(18,8)	50,0	21-68	21,5(12,7)	17,5	9-45	8,500	0,014
Autocuidado	47,6(16,3)	52,0	23-69	28,4(10,0)	25,5	17-42	10,500	0,024
Cognição	49,5(17,6)	54,0	25-69	31,5(11,7)	30,5	19-49	13,000	0,045
Desenv. Motor	89,9(19,5)	95,0	65-109	73,7(4,9)	73,5	68-79	20,000	0,205

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; desenv. = desenvolvimento; pós 1 = pós-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; U = estatística do teste de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney; Nível de significância 0,05.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados das comparações do desenvolvimento das crianças do grupo experimental, em uma análise intragrupo, nas quatro avaliações realizadas (pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*). Ocorreram diferenças estatisticamente significativas em todas as áreas de desenvolvimento avaliadas pelo IPO. Com relação à socialização, o desempenho das crianças nesta área de desenvolvimento diferiu nos momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 21,500$; $p < 0,001$]. O teste de comparações múltiplas mostrou que as crianças do grupo experimental melhoraram seu desenvolvimento em socialização no *follow up 1* em comparação ao pré-teste ($p = 0,002$) e no *follow up 2* em comparação ao pré-teste ($p < 0,001$).

Na área de linguagem também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho das crianças nas quatro avaliações [$\chi^2(3) = 23,416$; $p < 0,001$]. As diferenças ocorreram nas comparações entre o pré-teste e o *follow up 1* (p

= 0,004), pré-teste e *follow up* 2 ($p < 0,001$) e pós-teste e *follow up* 2 ($p = 0,030$). O desempenho das crianças em linguagem foi melhor no *follow up* em relação aos demais momentos de avaliação.

Com relação ao autocuidado, diferenças estatisticamente significativas foram identificadas entre os diferentes momentos de avaliação [$\chi^2(3) = 23,538$; $p < 0,001$]. O teste de comparações múltiplas apontou que as diferenças se concentraram nas comparações entre o pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,006$), pré-teste e *follow up* 2 ($p < 0,001$), e pós-teste e *follow up* 2 ($p = 0,022$). O desempenho das crianças em autocuidado foi melhor nas avaliações de *follow up* em comparação ao pré-teste e pós-teste.

Quanto à cognição, as comparações entre as quatro avaliações apontaram diferenças estatisticamente significativas nesta área [$\chi^2(3) = 23,400$; $p < 0,001$], com desempenho superior das crianças do grupo experimental no *follow up* 1 em comparação ao pré-teste ($p = 0,002$) e no *follow up* 2 em comparação ao pré-teste ($p < 0,001$).

As crianças do grupo experimental também apresentaram desempenhos estatisticamente diferentes na área de desenvolvimento motor [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$]. O teste de comparações múltiplas apontou que as diferenças ocorreram nas comparações entre o pré-teste e *follow up* 1 ($p = 0,001$) e pré-teste e *follow up* 2 ($p = 0,001$), com desempenho melhor nas avaliações de *follow up* em relação ao pré-teste.

Tabela 4 – Comparações entre o desenvolvimento das crianças do grupo experimental nas avaliações de pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

IPO	Crianças GE pré (n = 8)			Crianças GE pós (n = 8)			Crianças GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Crianças GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Socialização	33,7(12,6)	39,0	16-48	50,2(13,9)	55,0	31-68	52,4(13,9)	58,0	33-69	53,1(13,7)	60,0	34-68	21,500	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Linguagem	28,5(16,9)	27,0	9-54	46,5(18,8)	50,0	21-68	49,5(18,0)	52,5	25-70	50,6(17,9)	53,0	28-72	23,416	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i> ; Pós< <i>follow up 2</i>
Autocuidado	27,5(14,5)	23,0	12-52	47,6(16,3)	52,0	23-69	51,0(16,5)	56,0	26-73	52,0(16,8)	57,0	27-74	23,538	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i> ; Pós< <i>follow up 2</i>
Cognição	33,6(16,3)	33,5	16-56	49,5(17,6)	54,0	25-69	52,5(18,1)	58,5	27-72	53,0(18,0)	58,5	28-72	23,400	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Desenv. Motor	82,4(21,1)	84,5	55-105	89,9(19,5)	95,0	65-109	92,1(18,8)	98,0	67-110	92,1(18,8)	98,0	67-110	24,000	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: IPO = Inventário Portage Operacionalizado; M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; Desenv. = desenvolvimento; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Os resultados das comparações entre o desenvolvimento das crianças do grupo controle nas quatro avaliações (pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*) estão descritos na Tabela 5. Todas as áreas de desenvolvimento avaliadas pelo IPO apresentaram diferenças significativas nas comparações entre as quatro avaliações. Quanto à socialização, o desempenho das crianças nesta área de desenvolvimento diferiu significativamente nas avaliações [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$], especificamente, as análises de comparação múltipla apontaram que o desempenho das crianças foi melhor no pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$), no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e no *follow up* em comparação ao pré-teste 2 ($p = 0,012$).

A área de linguagem também apresentou diferença significativa nas comparações [$\chi^2(3) = 23,734$; $p < 0,001$]. As diferenças ocorreram nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,008$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,016$) com desempenho melhor para as crianças do grupo controle nas avaliações de pós-teste e *follow up*, respectivamente.

Em autocuidado, os resultados também apontaram para diferenças significativas entre as avaliações [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$]. O teste de comparações múltiplas apontou que as crianças do grupo controle apresentaram desempenho superior em autocuidado no pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$), no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e no *follow up* em comparação ao pré-teste 2 ($p = 0,012$).

Na área de cognição também ocorreram diferenças significativas no desempenho das crianças nas comparações entre as quatro avaliações [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$]. O desempenho das crianças foi superior no pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$) e no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e pré-teste 2 ($p = 0,012$).

Foram encontradas diferenças significativas no desempenho das crianças do grupo controle na área de desenvolvimento motor considerando as quatro avaliações realizadas

$[x^2(3) = 24,000; p < 0,001]$. Assim como observado nas demais áreas avaliadas, as crianças do grupo controle tiveram melhor desempenho nas avaliações de pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$) e *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e pré-teste 2 ($p = 0,012$).

Tabela 5 – Comparações entre o desenvolvimento das crianças do grupo controle nas avaliações de pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

IPO	Crianças GC pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			Crianças GC pós (n = 8)			Crianças GC <i>follow up</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Socialização	25,9(12,2)	24,0	13-45	30,4(12,4)	29,0	18-49	38,6(11,1)	38,5	27-55	40,6(11,0)	40,0	29-57	24,000	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Linguagem	17,1(12,9)	14,0	4-43	21,5(12,7)	17,5	9-45	28,9(13,3)	26,5	15-53	30,4(12,9)	27,5	16-53	23,734	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Autocuidado	23,4(10,7)	21,0	11-39	28,4(10,0)	25,5	17-42	35,5(9,9)	33,0	25-50	37,0(9,8)	34,5	26-52	24,000	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Cognição	26,2(11,0)	24,0	15-45	31,5(11,8)	30,5	19-49	38,7(10,8)	36,0	28-55	39,7(10,8)	37,0	29-56	24,000	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>
Desenv. Motor	67,4(6,7)	69,5	56-78	73,7(4,9)	73,5	68-79	79,0(4,3)	80,5	73-84	80,4(4,2)	82,0	74-85	24,000	<0,001	Pré<pós; Pré< <i>follow up</i> ; Pré 2< <i>follow up</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: IPO = Inventário Portage Operacionalizado; M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; Desenv. = desenvolvimento; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3.

Com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção com os pais dos dois grupos foi feita uma análise intergrupos com a amostra toda, comparando o desempenho no Pré teste para o GE e do Pré teste 2 para o GC com o Pós teste 1 do GE e o pós teste do GC. Os resultados apontaram para melhora em todas as áreas do pré para o pós teste com diferenças significativas entre eles.

Tabela 6 - Comparações entre o desenvolvimento das crianças da amostra total no momento de pré e pós-teste.

IPO	Amostra total pré-teste (n = 16)			Amostra total pós-teste (n = 16)			T	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Socialização	32,1(12,2)	31,5	16-49	44,4(13,6)	39,5	27-68	-9,471	<0,001
Linguagem	25,0(14,9)	21,0	9-54	37,7(18,2)	33,5	15-68	-6,744	<0,001
Autocuidado	27,8(12,1)	25,0	12-52	41,6(14,5)	37,5	23-69	-6,527	<0,001
Cognição	32,6(13,7)	33,0	16-56	44,1(15,1)	44,5	25-69	-7,265	<0,001
Desenv. motor	78,1(15,4)	73,5	55-105	84,4(14,7)	81,5	65-109	-7,132	<0,001

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; desenv. = desenvolvimento; t = estatística do teste t de amostras pareadas; valor de p obtido pelo teste t de amostras pareadas; Nível de significância 0,05.

6 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi descrever e comparar o desenvolvimento de crianças com TEA em cinco grandes áreas (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor) antes e depois de participarem de um programa ABA e de seus genitores serem expostos a um programa de educação positiva.

O ABA e o programa de educação positiva são intervenções baseadas em Análise do Comportamento (SKINNER, 2006) da qual derivam a Análise Experimental do Comportamento e a Análise do Comportamento Aplicada. Intervenções baseados na Análise do Comportamento Aplicada, dentro do campo científico, tem demonstrado eficiência nos resultados (MEDEIROS, 2021; WONG et al., 2015; PIRES, 2011; VIRUÉS-ORTEGA, 2010). Os resultados encontrados neste estudo corroboram com esta

literatura, pois demonstraram a efetividade da intervenção em ABA na comparação das duas linhas de base do grupo controle, a medida em que as crianças tiveram melhora significativa em todas as áreas analisadas.

Para garantir que as mudanças, se obtidas, poderiam ser atribuídas às intervenções a primeira análise feita foi para verificar se os grupos tinham desempenho semelhante. A comparação entre os grupos no pré teste 1 mostrou que tinham repertório comportamental semelhante, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes. Em se tratando de um grupo randômico sem seleção prévia de variáveis que poderiam interferir nos resultados um cuidado é verificar e os grupos não diferem quanto à variável estudada (DUTRA; REIS, 2016).

A comparação entre os dois pré-testes do GC teve, como objetivo, verificar se somente o ABA promoveria o desenvolvimento de crianças com TEA. Os resultados apontaram para ganhos em todas as áreas avaliadas (MEDEIROS, 2021; WONG et al., 2015; PIRES, 2011; VIRUÉS-ORTEGA, 2010).

A literatura tem apontado para os efeitos do ABA sobre o repertório comportamental de crianças com TEA, todavia, não foram encontrados estudos que analisassem o efeito do ABA associados a programas sobre práticas educativas parentais. Os dados da Tabela 3 comparando os dados do pré 2 do GC com os dados do pós 1 do GE mostraram que a associação entre as duas intervenções resultou em melhora significativa de quatro das cinco áreas avaliadas. Nas revisões de Guisso, Bolze e Viera (2019) e Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) os autores ressaltaram a importância da associação entre treino parental e a intervenção com as crianças para resultados mais eficazes.

Análises envolvendo follow-up tem como objetivo verificar a consistência e a manutenção dos resultados obtidos pós-intervenção. Pesquisas com avaliação de follow-

up ou longitudinais com crianças e seus pais podem fortalecer a importância de intervenções que preparem as díades/tríades para melhores e proveitosas interações futuras (SOUZA; SOARES; FREITAS, 2021). Para verificar o efeito do programa de pais associado com a intervenção em Análise do Comportamento Aplicada foram comparados o desenvolvimento das crianças do grupo experimental nas quatro avaliações realizadas (pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e *follow up* 2). Diferenças estatisticamente significativas foram observadas em todas as áreas de desenvolvimento avaliadas pelo IPO, principalmente nas comparações de pré- teste e follow up 1, demonstrando que o programa de pais é eficaz na promoção e manutenção de habilidades nas crianças. Tais resultados corroboram os encontrados por outros autores (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020). Observa-se que, para o GE as crianças apresentaram média mais altas do Pré para o pós teste, apresentando, ainda, aumentos menores do pós para o follow=up 1 e 2, mostrando os efeitos da intervenção realizada. Todavia, as diferenças foram mais significativas do pré para o follow-up.

Nas revisões de literatura realizadas por Chacko et al. (2016) e Guisso, Bolze e Viera (2019), foram ressaltados os resultados positivos do treino parental em relação às práticas educativas e ao desenvolvimento das crianças, mas em ambos os estudos os autores chamam a atenção para a manutenção dos resultados que foram inconsistentes, devido à alta taxa de desistência dos pais ao longo do tratamento e a dificuldade de engajamento desses nas atividades do programa. No presente estudo não houve desistências, à medida em que todos os casais que iniciaram concluíram o programa, participando de todos os encontros e atividades sugeridas. Uma hipótese para o engajamento seria o diagnóstico relativamente recente das crianças (em média um ano) e

a iniciativa de busca dos pais pelo atendimento. Possivelmente, os pais tenham observados os ganhos no desenvolvimento das crianças.

Resultados semelhantes foram encontrado nas comparações entre o desenvolvimento das crianças do grupo controle nas quatro avaliações (pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*). As crianças melhoraram o desempenho em todas as áreas avaliadas após a intervenção com os pais demonstrando, inclusive, um aumento em relação ao período de intervenção apenas com a ABA (entre o pré-teste 1 e 2), demonstrando que a associação das duas intervenções promoveu resultados superiores do que somente o programa ABA, condizente com o que é demonstrado na literatura (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020).

Um dado que chamou atenção foi o desempenho melhor das crianças no follow up comparado com os demais momentos de avaliação, demonstrando que após o programa os pais mantiveram as ações e continuaram influenciando positivamente o desenvolvimento dos filhos. Quando analisamos o desenvolvimento das crianças do grupo controle antes do grupo de pais iniciar (pré-teste 2) com a avaliação pós teste do grupo experimental, podemos entender o efeito imediata do grupo de pais na comparação intergrupos. Neste momento temos que a associação ABA + intervenção com pais é superiormente eficaz do que somente a intervenção em ABA, nas áreas de socialização, linguagem, cognição e autocuidado. Os resultados obtidos são semelhantes aos indicados por outros autores (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020). Na área de desenvolvimento motor não foi observada diferença significativa, pois já em uma primeira avaliação as crianças se encontravam dentro do esperado para a idade.

Resultados semelhante foi encontrado na comparação de toda a amostra nas avaliações pré e pós teste, demonstrando que a intervenção interdisciplinar em ABA associado com o programa para pais foi eficaz, garantindo o desenvolvimento da criança nas diferentes áreas independente da condição individual de cada criança (PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que o programa para pais, com ênfase na parentalidade positiva, influenciou de maneira efetiva no desenvolvimento das crianças com TEA, principalmente com a associação com o programa de intervenção em ABA, ao qual as crianças já participavam. Os dados foram consistentes justificando a manutenção dos resultados atingidos, ao seja após o programa as crianças continuaram se desenvolvendo e aumentando habilidades em todas as áreas avaliadas pelo IPO. Um ponto positivo do estudo foi o engajamento dos pais no programa, a medida em que nenhum dos participantes de ambos os grupos desistiram ou deixaram de participar das atividades.

No entanto, cita-se como limitação do estudo o curto espaço de tempo entre a avaliação pós-teste e follow up, o que pode ter camuflado os resultados de manutenção dos resultados. Uma sugestão para futuros estudos é a randomização com controle das características sociodemográficas das crianças e dos pais, como idade da criança, tempo de participação em intervenções, escolaridade dos pais, renda, a fim de promover grupos mais homogêneos.

ESTUDO 4

AVALIAÇÃO DO REPERTÓRIO VERBAL DE CRIANÇAS COM TEA: EFEITOS DE UM PROGRAMA ABA E DE UM PROGRAMA PARA PAIS

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição permanente do neurodesenvolvimento que afeta duas grandes áreas Comunicação Social e Padrões restritos de interesse, atividade e comportamento. A forma como o transtorno se manifesta em cada uma destas áreas são muito variadas e em cada indivíduo se expressa de maneira diferente. No entanto, algumas classes de comportamentos são mais afetadas que outras como, por exemplo, a atenção compartilhada, a imitação e a resistência à interação. A defasagem ou inadequação desses comportamentos são barreiras de aprendizado que podem gerar prejuízos em relação à funcionalidade e desenvolvimento das crianças (APA, 2014).

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, não havendo ainda nenhum exame que determine a presença desse transtorno. Desta maneira a avaliação de uma equipe interdisciplinar se torna essencial para avaliar todos os possíveis prejuízos ocasionados pelo transtornos e identificar comorbidades. Considerando que as dificuldades no desenvolvimento da linguagem dentro deste transtorno são evidentes, com alterações nos marcos considerados típicos nessa área, elas podem ser consideradas sinais ou indícios relevantes em uma avaliação diagnóstica.

A Análise do Comportamento Aplicada é uma ciência comportamental derivada da filosofia do descrita por B. F. Skinner (1904- 1990), o Behaviorismo. Tal abordagem

propicia a descrição de procedimentos e conceitos para o ensino de comportamentos adaptativos e diminuição de barreiras comportamentais ou comportamentos disruptivos. Esta ciência tem demonstrado grandes evidências em relação ao tratamento de crianças com TEA (MENEZES; SANTOS, 2021).

Matos (2019) elaborou uma revisão sistemática da literatura demonstrando os efeitos da intervenção intensiva em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) na aprendizagem de crianças com autismo. A autora obteve como resultados que a ABA tem se mostrado eficaz no ensino de inúmeros comportamentos adaptativos relacionados com os déficits provocados pelo autismo, principalmente na área de comunicação social. Resultados semelhantes são descritos em diversos estudos demonstrando as evidências científicas das intervenções em análise do comportamento na modificação de comportamento e na aprendizagem (CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; PEYROUX; FRANCK, 2019; SMITH et al., 2019; STANISLAW et al., 2019; WATERS et al., 2020).

Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) analisaram, em um estudo de revisão de literatura, os efeitos de treinos parentais baseados na Análise do Comportamento Aplicada no tratamento de crianças com TEA. Nesta revisão incluíram periódicos, artigos, livros e manuais sobre a temática, entre os anos de 2004 a 2018. Os resultados apontaram para a eficácia dos programas com pais e a aprendizagem de práticas parentais, diminuindo comportamentos inadequados e de déficits comportamentais. Todavia, os autores destacaram como uma limitação dos estudos o nível de tecnicismo de tais programas, focando apenas nos procedimentos e não necessariamente no entendimento do mecanismo ou da modificação ambiental necessária para os ganhos serem generalizados, o que prejudicou a manutenção das habilidades por estes pais no decorrer do tempo e na adesão aos cursos.

O desenvolvimento da linguagem tem uma relação direta com comportamento verbal (VARGAS, 2007). Para o autor, ainda que seja comportamental, a linguagem é um fenômeno cultural e não biológico ou físico. É preciso uma comunidade social que, através de gerações, transmita o comportamento adquirido por outros no grupo, para que a linguagem seja possível. B. F. Skinner em sua obra *Verbal Behavior* (1957), definiu comportamento verbal pelo seu caráter relacional, ou seja, pelo efeito no comportamento do outro. Vargas (2007) amplia essa reflexão “... a verbalização da linguagem pelo falante, se desenvolve por meio do seu contato com o comportamento dos outros cujo comportamento, por sua vez, se desenvolveu através do seu contato com o seu mundo social, biológico e físico” (p. 158). Assim, pode-se dizer que o comportamento verbal se caracteriza por uma relação entre o ambiente social, representado pelo ouvinte, e um organismo vivo, o falante. Os efeitos sobre o comportamento do ouvinte selecionam as classes de operantes verbais do emitente, modificando-as. Para Skinner (1957) os mesmos princípios básicos que regem os comportamentos não verbais, governam o comportamento verbal, diferendo apenas na forma como são reforçados, pois estes são reforçados pela resposta de uma pessoa treinada pela comunidade verbal. São operantes verbais: mando; tato; ecoico; intraverbal; textual; cópia; ditado e, autoclítico.

Em definição: Mando constitui uma resposta verbal que especifica um reforçador (pedido); Tato é a descrição de um objeto ou evento; Ecoico é o comportamento verbal de reprodução vocal com equivalência ponto a ponto (imitação de sons); Intraverbal são respostas verbais, vocais ou motoras controladas pelo comportamento verbal de outra pessoa (seja responder uma pergunta ou completar uma rima); Textual é o comportamento de oralizar uma palavra escrita ainda que sem compreensão; Cópia comportamento motor de reproduzir de maneira escrita uma palavra; Ditado resposta motora controlada por um comportamento verbal de outra pessoa (escrever uma palavra ditada); Autoclítico são

respostas controladas pelo comportamento verbal do eminente e as quais articulam, organizam e modificam as respostas verbais que as controlam (diálogo) (BARROS, 2003).

O Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) foi elaborado por Mark L. Sundberg (2008) e, no Brasil, foi traduzido e adaptado por Martone (2016). Ele permite uma avaliação sistematizada do comportamento verbal para crianças autistas ou com atrasos similares. Segundo Sundberg (2008) este instrumento unifica a metodologia e ensino da Análise do Comportamento Aplicada com a descrição de comportamento verbal de Skinner. O desenvolvimento do repertório verbal é avaliado por meio de 170 marcos, apresentados em três níveis (0 -18 meses; 18-30 meses e 30-48 meses), considerando os comportamentos de: Mando; Tato; Responder de ouvinte; Performance visual e Emparelhamento com o modelo (VP/MTS – Visual Performance/Matching to sample); Brincar independente; Comportamento social; Imitação motora; Ecoico; Comportamento verbal espontâneo, Responder de ouvinte por função, classe e Característica (*Listener Responding by feature, function and class - LRFFC*); Comportamento de Grupo; Intraverbal; Estrutura linguística; Leitura; Escrita e, Matemática. Outro componente do VBMAPP é a avaliação de barreiras comportamentais, as quais são definidas por comportamentos que impedem, ou atrapalham o desenvolvimento da criança. Essa avaliação é composta por 24 tipos de comportamentos (Comportamento Negativo; Fuga de demandas instrucionais; Mando ausente; Defesa Sensorial; Hiperatividade; Comportamento Obsessivo - Compulsivo; Problemas de Articulação; Autoestimulação; Tato Comprometido, Imitação motora ausente; Ecoico Comprometido; Percepção Visual Comprometida; Repertório de Ouvinte comprometido; Intraverbal ausente; Habilidades sociais ausentes ou comprometidas; Dependente de Dica; Adivinhação de Respostas; Rastreio visual comprometido; Falha na Discriminação

Condicional; Falha na Generalização; Operação Motivacional atípicas; Custo de Resposta enfraquece a motivação; Dependente de Reforço; Autoestimulação; Contato Visual escasso). A avaliação de Barreiras e a Avaliação de Marcos são frequentemente utilizados na literatura para montagem de currículo individual de ensino ou de intervenção.

Guerra e Almeida-Verdu (2016) realizaram uma revisão sistemática do ensino de operantes verbais em crianças com TEA, entre os anos 1982 até 2013 e obtiveram como resultados que a maioria dos estudos tinham como participantes crianças de três a seis anos, utilizando a metodologia de ensino por tentativas discretas, com o ensino de um único operante por sessão, obtendo êxito neste ensino, principalmente em relação a mandos e ecoicos. Observaram, ainda, a escassez de pessoas com autismo de outras idades assim como estudos utilizando diferentes metodologias de ensino dentro da Análise do Comportamento.

Farias e Elias (2020) descreveram um estudo de intervenção intensiva baseada na Análise do Comportamento Aplicada para ensino de comportamento verbal para trigêmeos diagnosticados com TEA, com três anos e seis meses de idade. A intervenção durou 12 meses, com um total de oito horas semanais, planejada com base na avaliação do repertório verbal por meio do VBMAPP. Os programas foram aplicados por duas assistentes terapêuticas em ambiente doméstico. Como resultados obtiveram que a intervenção foi efetiva, sendo que o participante com menor comprometimento adquiriu mais habilidades, tanto em linguagem como mando, tato e intraverbais, como em desenvolvimento social, troca de turnos e o brincar.

Santos, Trindade e Souza (2021) ensinaram repertório verbal para três crianças com TEA, por meio do emparelhamento com o modelo, utilizando dois procedimentos: 1) instrução com múltiplos exemplares (MEI) e, 2) observação de pareamento de estímulos (SPOP). Os autores concluíram que a associação de ambos foi mais efetiva.

Outro fator importante discutido no estudo foi a importância da sistematização do ensino nestes procedimentos, facilitando a transferência desse ensino para outros ambientes, como o doméstico ou o escolar.

Neste sentido, sistematizar o ensino a partir de avaliações periódicas e planejamento sistemático possibilita a avaliação das estratégias utilizadas para mostrar a eficiência do trabalho em clínica com crianças com TEA. O presente estudo avança ao avaliar não só a eficiência da aplicação da ABA como também de programas desenvolvidos especificamente com pais sobre o desenvolvimento de repertório verbal dessa população. O presente estudo pretendeu responder às perguntas: O comportamento verbal das crianças melhora com o ABA em cinco meses de intervenção? O ABA associado a um programa de práticas educativas parentais tem efeito sobre o comportamento verbal de crianças com TEA, quando comparado com intervenção somente com ABA?

1. OBJETIVOS

- a. Descrever e comparar o repertório verbal de crianças com TEA, antes e depois de participarem por cinco meses de um programa ABA;
- b. Descrever e comparar o repertório verbal de crianças com TEA do Grupo Experimental com o Grupo Controle antes e depois dos genitores serem expostos a um programa de educação positiva para pais de crianças com TEA.

- c. Descrever e comparar o repertório verbal de crianças com TEA, que estão em um programa ABA antes e depois de associado a um programa para pais, ao longo de avaliações sistemáticas de pré, pós e follow-up.

2. MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Idem ao descrito na página 22.

3.2 Delineamento da pesquisa

Idem ao descrito na página 23.

3.3 Participantes

Neste estudo participaram as 16 crianças descritas na Tabela 2 do Método geral, na página 24 a 28.

3.4 Local

As crianças foram avaliadas na mesma clínica em que estão submetidas em intervenção baseada em Análise do Comportamento Aplicada intensiva, no interior de São Paulo. Descrito com mais detalhes no Método Geral na página 28.

3.5 Materiais

O Protocolo Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VBMAPP) (SUNDBERG, 2008), consiste em um sistema de avaliação do repertório verbal e de linguagem, aprendizagem, habilidades sociais e barreiras

de desenvolvimento de crianças com idades entre 0 a 48 meses, podendo ser utilizado para crianças mais velhas com déficits nas áreas de comunicação social.

3. PROCEDIMENTO

4.1 Procedimento de Coleta de Dados

Seguiu os módulos descritos no Método Geral nas páginas 28 a 32. Com a especificidade das crianças terem sido avaliadas pela equipe de psicologia da clínica de saúde interdisciplinar composta pelas assistentes terapêuticas, devidamente capacitadas a aplicar tal instrumento de avaliação, a fim de estabelecer uma avaliação cega e evitar a contaminação dos dados.

4.2 Procedimento de Análise de Dados

Para a análise dos dados do presente estudo foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e inferencial. A distribuição de normalidade dos dados das crianças da amostra total (grupo experimental e controle) nas avaliações de pré-teste 1 e 2 e pós-teste 1 e 2 foi verificada pela assimetria (Sk) e curtose (Ku). O critério adotado foi $|Sk| \leq 3$ e $|Ku| \leq 7$ (KLINE, 2004). Os critérios foram atendidos e as comparações entre o pré-teste (1 do grupo experimental e 2 do grupo controle) e pós-teste (1 do grupo experimental e 2 do grupo controle) das crianças da amostra total foram realizadas com o teste t de amostras pareadas.

Devido ao número reduzido da amostra ($n = 8$ crianças no grupo experimental e $n = 8$ crianças no grupo controle), as análises envolvendo a estatística inferencial foram conduzidas utilizando teste estatístico não paramétrico.

O desempenho das crianças dos dois grupos no VBMAPP foi comparado considerando as avaliações de pós-teste e *follow up*. Para estas análises foi utilizado o teste estatístico não paramétrico Mann-Whitney. Foram considerados nas análises os dados do *follow up* 1 das crianças do grupo experimental. As comparações intragrupo das crianças do grupo controle (comparação entre o pré-teste 1 e pré-teste 2, e pré-teste 2 e pós-teste 2) foram feitas pelo teste Wilcoxon.

O teste de Friedman com análises de post-hoc e correção de Bonferroni quando os valores de p foram significativos ($<0,05$) foi utilizado para as comparações intragrupo de cada grupo investigado. As comparações intragrupo das crianças do grupo experimental consideraram os desempenhos dessas crianças no VBMAPP nas quatro avaliações realizadas: pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e *follow up* 2. Para as comparações das crianças do grupo controle foram utilizados os dados das avaliações pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e *follow up*.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o *software* IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

Para dar validade ao delineamento era importante saber se havia diferença entre os repertórios verbais dos participantes de cada um dos grupos antes de submeter os pais do GE ao programa sobre práticas parentais. Foram realizadas, então, comparações entre os dois grupos no Pré teste 1. A Tabela 1 apresenta esses resultados. Não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho das crianças dos dois grupos no pré-teste 1.

Tabela 1 - Comparações entre o desempenho das crianças do GE e GC no VBMAPP avaliado no pré-teste 1.

VBMAPP	Crianças GE pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 1 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Mando	7,9(5,3)	10,0	1-13	4,1(3,2)	2,7	1-8,5	17,000	0,113
Tato	7,4(5,4)	10,0	0-13	3,5(3,9)	1,2	0-8,5	14,500	0,064
Ouvinte	4,4(3,3)	4,0	0-8,5	4,2(2,8)	3,2	1-8,5	31,000	0,915
VP/MTS	6,1(2,8)	6,5	3-9	5,0(2,6)	4,0	1,5-8,5	24,000	0,395
Brincar	5,5(3,8)	7,5	1-9,5	4,1(3,0)	2,5	1-8	28,500	0,707
Socialização	5,2(3,4)	5,5	1,5-9	4,1(3,2)	2,5	1-8	25,500	0,489
Leitura	6,6(4,9)	7,5	0-12	3,9(3,3)	2,0	0-8,5	24,500	0,424
Escrita	6,4(4,9)	7,5	0,5-11,5	4,4(3,9)	2,5	0,5-9	27,500	0,633
LRFFC	6,0(4,8)	6,0	0,5-12	3,8(4,0)	2,0	0-8,5	19,500	0,184
Intraverbal	5,6(4,9)	7,0	0-11	2,9(4,1)	0,0	0-8,5	22,500	0,285
Compt. de grupo	5,1(4,2)	7,5	0-8,5	3,1(4,3)	0,0	0-8,5	25,500	0,458
Estrutura linguística	8,6(7,2)	13,0	0-14,5	4,9(6,7)	0,0	0-13,5	16,500	0,081
Matemática	6,9(5,7)	10,2	0-11,5	3,7(5,2)	0,0	0-10	18,000	0,112
Total	39,5(34,8)	34,0	7-103	24,5(21,7)	13,5	4-51	25,000	0,461

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; pré 1 = pré-teste 1; U = estatística do teste de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney; Nível de significância 0,05.

Optou-se pela apresentação dos resultados de acordo com as perguntas de pesquisa ou objetivos elaborados para o estudo. Para responder à pergunta “O comportamento verbal das crianças melhora com o ABA em cinco meses de intervenção?”, foram realizadas comparações intragrupos, das duas linhas de base do GC, com o teste de Wicoxon, antes dos pais serem expostos ao programa. Na Tabela 2 estão os resultados das comparações que consideraram o desempenho das crianças do grupo controle no pré-teste 1 e pré-teste 2. As médias foram maiores no Pré 2 para 12 dos 13 itens analisados. Identificaram-se diferenças significativas no repertório comportamental das crianças de mando ($Z = -2,536$; $p = 0,011$), tato ($Z = -2,536$; $p = 0,011$), ouvinte ($Z = -2,527$; $p = 0,012$), VP/MTS ($Z = -2,565$; $p = 0,010$), brincar ($Z = -2,524$; $p = 0,012$),

socialização ($Z = -2,530$; $p = 0,011$), leitura ($Z = -2,530$; $p = 0,011$), escrita ($Z = -2,546$; $p = 0,011$), LRFFC ($Z = -2,539$; $p = 0,011$) e total ($Z = -2,521$; $p = 0,012$).

Tabela 2 - Comparações entre o desempenho no VBMAPP das crianças do GC nos pré-testes 1 e 2.

VBMAPP	Crianças GC pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			Z	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Mando	4,1(3,2)	2,7	1-8,5	5,9(3,9)	3,7	2-11	-2,536	0,011
Tato	3,5(3,9)	1,2	0-8,5	5,2(4,7)	2,5	0,5-11	-2,536	0,011
Ouvinte	4,2(2,8)	3,2	1-8,5	6,0(3,6)	4,0	2,5-10,5	-2,527	0,012
VP/MTS	5,0(2,6)	4,0	1,5-8	6,7(3,2)	5,0	3,5-10,5	-2,565	0,010
Brincar	4,1(3,0)	2,5	1-8	6,1(3,1)	3,7	2,5-11,5	-2,524	0,012
Socialização	4,1(3,2)	2,2	1-8	5,7(3,9)	3,5	2,5-10,5	-2,530	0,011
Leitura	3,9(3,3)	2,0	0-8,5	5,9(4,1)	3,5	2,5-11,5	-2,530	0,011
Escrita	4,4(3,9)	2,5	0,5-9	5,9(4,4)	4,0	1-11,5	-2,546	0,011
LRFFC	3,8(4,0)	2,0	0-8,5	5,3(4,8)	3,2	0,5-11	-2,539	0,011
Intraverbal	2,9(4,1)	0,0	0-8,5	4,1(5,6)	0,0	0-11,5	-1,604	0,109
Compt. de grupo	3,1(4,3)	0,0	0-8,5	4,1(5,6)	0,0	0-11	-1,604	0,109
Estrutura linguística	4,9(6,7)	0,0	0-13,5	4,1(5,7)	0,0	0-11	-1,732	0,083
Matemática	3,7(5,2)	0,0	0-10	3,9(5,4)	0,0	0-10,5	-1,732	0,083
Total	24,5(21,7)	13,5	4-51	34,1(28,9)	18,0	9-74	-2,521	0,012

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GC = grupo controle; pré 1 = pré-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; Z = estatística do teste Wilcoxon; valor de p obtido pelo teste Wilcoxon; Nível de significância 0,05.

Para verificar se houve efeito do grupo de pais sobre o comportamento verbal das crianças avaliado pelo VBMAPP, comparou-se o resultado do pós teste do GE com o do pré-teste 2 do GC, utilizando o teste Mann-Whitney (Tabela 3). Todas as médias foram maiores para o GE, todavia, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas nos comportamentos de mando ($U = 9,500$; $p = 0,018$), tato ($U = 10,000$; $p = 0,020$), ouvinte ($U = 13,500$; $p = 0,045$), VP/MTS ($U = 9,000$; $p = 0,015$), socialização ($U = 11,000$; $p = 0,026$) e leitura ($U = 11,000$; $p = 0,027$).

Tabela 3 - Comparações entre o desempenho no VBMAPP das crianças do GE no pós-teste 1 e do GC no pré-teste 2.

VBMAPP	Crianças GE pós 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			U	p
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Mando	10,5(4,8)	12,5	4-15	5,9(3,9)	3,7	2-11	9,500	0,018
Tato	9,9(5,7)	13,0	2,5-15	5,2(4,7)	2,5	0,5-11	10,000	0,020
Ouvinte	9,6(4,7)	12,5	4-13,5	6,0(3,6)	4,0	2,5-10,5	13,500	0,045
VP/MTS	10,6(4,0)	12,5	5,5-14,5	6,7(3,2)	5,0	3,5-10,5	9,000	0,015
Brincar	8,9(4,6)	11,5	3-13,5	6,1(3,1)	3,7	2,5-11,5	18,000	0,133
Socialização	9,0(4,2)	11,0	3,5-13	5,7(3,9)	3,5	2,5-10,5	11,000	0,026
Leitura	10,6(5,4)	14,0	3-15	5,9(4,1)	3,5	2,5-11,5	11,000	0,027
Escrita	9,7(5,1)	12,2	2-14	5,9(4,4)	4,0	1-11,5	14,000	0,058
LRFFC	9,2(5,6)	11,0	1,5-14,5	5,3(4,8)	3,2	0,5-11	16,500	0,097
Intraverbal	7,9(6,7)	10,5	0-14,5	4,1(5,6)	0,0	0-11,5	20,500	0,196
Compt. de grupo	7,9(6,6)	11,5	0-14	4,1(5,6)	0,0	0-11	16,500	0,081
Estrutura linguística	8,4(6,9)	12,7	0-14,5	4,1(5,7)	0,0	0-11	16,500	0,081
Matemática	8,6(7,1)	13,5	0-14	3,9(5,4)	0,0	0-10,5	16,500	0,080
Total	52,7(34,0)	44,0	16-113	34,1(28,9)	18,0	9-74	18,000	0,141

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; GC = grupo controle; pós 1 = pós-teste 1; pré 2 = pré-teste 2; U = estatística do teste de Mann-Whitney; valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney; Nível de significância 0,05.

Na Tabela 4 encontram-se apresentadas as comparações intragrupo do desempenho das crianças do grupo experimental nas áreas avaliadas pelo VBMAPP considerando as avaliações de pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*. Para estas análises foi utilizado o teste de Friedman com post-hoc de Bonferroni nos casos em que ocorreu diferença significativa ($p < 0,05$) entre as avaliações.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as áreas avaliadas pelo VBMAPP. Com relação ao comportamento de **mando** [$\chi^2(3) = 21,369$; $p < 0,001$], o teste de comparações múltiplas mostrou que para este comportamento a diferença ocorreu na comparação entre o pré-teste e *follow up 1* ($p = 0,004$) e pré-teste e *follow up 2* ($p = 0,001$) com desempenho superior das crianças nas avaliações de *follow up* (1 e 2). Esse resultado também foi encontrado para as áreas de **tato** ($p = 0,008$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 1*, e $p < 0,001$ para a comparação pré-teste e *follow up 2*), **ouvinte** ($p = 0,001$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 1*, e $p = 0,001$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 2*), **VP/MTS – equivalência com o modelo**

($p = 0,004$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 1* e $p = 0,004$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 2*), **brincar funcional** ($p = 0,001$ tanto para a comparação pré-teste e *follow up 1* como para a comparação pré-teste e *follow up 2*), **socialização** ($p = 0,002$ para a comparação pré-teste e *follow up 1*, e $p = 0,001$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 2*), **escrita** ($p = 0,004$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 1* e $p = 0,002$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 2*) e **LRFFC** ($p = 0,006$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 1* e $p = 0,001$ para a comparação entre pré-teste e *follow up 2*).

Quanto ao repertório de leitura, ocorreram diferenças significativas neste comportamento nas diferentes avaliações [$\chi^2(3) = 12,621$; $p = 0,006$], especificamente, na comparação entre o desempenho das crianças no pré-teste 1 e no *follow up 2* ($p = 0,040$), com melhora no *follow up 2*. Resultado semelhante foi observado em intraverbal [$\chi^2(3) = 16,333$; $p = 0,001$] que aumentou significativamente na comparação entre as avaliações de pré-teste e *follow up 2* ($p = 0,012$).

Embora tenham sido identificadas diferenças significativas nos repertórios de comportamento de grupo [$\chi^2(3) = 14,143$; $p = 0,003$], estrutura linguística [$\chi^2(3) = 13,615$; $p = 0,003$] e matemática [$\chi^2(3) = 13,615$; $p = 0,003$], as análises de post-hoc com valor de p ajustado não confirmaram as diferenças. Com relação ao total, as crianças apresentaram melhor desempenho no *follow up 1* em comparação ao pré-teste ($p = 0,004$), *follow up 2* em comparação ao pré-teste ($p < 0,001$) e *follow up 2* em comparação ao pós-teste ($p = 0,030$).

Tabela 4 – Comparações entre o desempenho das crianças do grupo experimental nas áreas avaliadas pelo VBMAPP considerando as avaliações de pré-teste, pós-teste, *follow up 1* e *follow up 2*.

VBMAPP	Crianças GE pré (n = 8)			Crianças GE pós (n = 8)			Crianças GE <i>follow up 1</i> (n = 8)			Crianças GE <i>follow up 2</i> (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Mando	7,9(5,3)	10,0	1-13	10,5(4,8)	12,5	4-15	10,9(4,6)	13,2	4,5-15	11,1(4,5)	13,5	5-15	21,369	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Tato	7,4(5,4)	10,0	0-13	9,9(5,7)	13,0	2,5-15	10,2(5,6)	13,2	3-15	10,6(5,2)	13,5	3,5-15	21,269	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Ouvinte	5,4(3,0)	6,0	2-8,5	9,6(4,7)	12,5	4-13,5	10,1(4,5)	13,0	4,5-14	10,2(4,6)	13,0	4,5-14,5	22,800	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
VP/MTS	6,1(2,8)	6,5	3-9	10,6(4,1)	12,5	5,5-14,5	10,9(3,9)	13,0	5,5-14,5	10,9(3,9)	13,0	5,5-14,5	21,632	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Brincar	5,5(3,8)	7,5	1-9,5	8,9(4,6)	11,5	3-13,5	9,6(4,4)	12,0	4-14	9,6(4,4)	12,0	4-14	23,087	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Socialização	5,2(3,4)	5,5	1,5-9	9,0(4,2)	11,0	3,5-13	9,4(4,4)	11,5	4-13,5	9,4(4,3)	11,5	4-13,5	22,075	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Leitura	7,8(4,7)	9,2	0-12	10,6(5,4)	14,0	3-15	10,8(5,3)	14,2	3,5-15	10,9(5,2)	14,2	3,5-15	12,621	0,006	Pré< <i>follow up 2</i>
Escrita	6,4(4,9)	7,5	0,5-11,5	9,7(5,1)	12,2	2-14	10,0(5,0)	12,7	3-14,5	10,1(4,8)	12,7	4-14,5	21,295	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
LRFFC	6,0(4,9)	6,0	0,5-12	9,2(5,6)	11,0	1,5-14,5	9,5(5,4)	11,5	2-14,5	9,9(5,3)	12,2	3-14,5	21,273	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i>
Intraverbal	5,6(4,9)	7,0	0-11	7,9(6,7)	10,5	0-14,5	8,2(6,9)	11,0	0-15	8,4(6,6)	11,0	0-15	16,333	0,001	Pré< <i>follow up 2</i>
Compt. de grupo	5,1(4,2)	7,5	0-8,5	7,9(6,6)	11,5	0-14	8,1(6,8)	12,0	0-14	8,1(6,7)	12,0	0-14	14,143	0,003	n.s.
Estrutura linguística	8,6(7,2)	13	0-14,5	8,4(6,9)	12,7	0-14,5	8,6(7,2)	13,0	0-14,5	8,6(7,2)	13,0	0-14,5	13,615	0,003	n.s.
Matemática	6,9(5,7)	10,2	0-11,5	8,6(7,1)	13,5	0-14	8,7(7,2)	13,7	0-14,5	8,7(7,2)	13,7	0-14,5	13,615	0,003	n.s.
Total	81,0(58,1)	102,5	9,5-140	120,7(71,3)	158,7	29-182,5	125,1(71,0)	165,0	34-186,5	126,6(69,8)	166,2	38,5-187	23,416	<0,001	Pré< <i>follow up 1</i> ; Pré< <i>follow up 2</i> ; Pós< <i>follow up 2</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: VBMAPP = *Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program*; M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; Desenv. = desenvolvimento; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3; n.s. = não significativo.

As comparações intragrupo também foram realizadas para as crianças do grupo controle ao longo das avaliações. A Tabela 5 apresenta os resultados das análises. Todos os comportamentos investigados pelo VBMAPP apresentaram diferenças significativas entre as avaliações. Com relação ao comportamento de mando [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$], o teste de comparações múltipla apontou que o desempenho das crianças foi superior na avaliação de pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$), bem como no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e pré-teste 2 ($p = 0,012$). Também foram encontradas diferenças significativas nas comparações entre o comportamento de tato das crianças do grupo controle nas diferentes avaliações [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$], com desempenho superior para as crianças no pós-teste em comparação ao pré-teste 1 ($p = 0,012$), e no *follow up* em comparação ao pré-teste 1 ($p < 0,001$) e pré-teste 2 ($p = 0,012$).

No comportamento de ouvinte as diferenças também foram significativas [$\chi^2(3) = 24,000$; $p < 0,001$] e ocorreram nas comparações entre o pré-teste 1 e pós-teste ($p = 0,012$), pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* ($p = 0,012$), com melhor desempenho nas avaliações de pós-teste e *follow up*, respectivamente. Esse resultado também foi observado para os repertórios de **VP/MTS** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **brincar funcional** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **socialização** ($p = 0,008$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,016$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **leitura** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **escrita** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste;

$p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **LRFFC** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*), **intraverbal** ($p = 0,012$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p < 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,012$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*) e **comportamento de grupo** ($p = 0,016$ para a comparação entre o pré-teste 1 e pós-teste; $p = 0,001$ para a comparação entre pré-teste 1 e *follow up* e $p = 0,008$ para a comparação entre pré-teste 2 e *follow up*).

Com relação aos comportamentos de estrutura linguística e matemática, embora as diferenças tenham sido significativas [$\chi^2(3) = 9,000$; $p = 0,029$] e [$\chi^2(3) = 11,526$; $p = 0,009$], respectivamente, o teste de comparações múltiplas não confirmou os resultados.

Por fim, a diferença entre o desempenho das crianças nas quatro avaliações foi significativa para o total [$\chi^2(3) = 20,850$; $p < 0,001$] e ocorreu nas comparações entre o pré-teste 1 e *follow up* ($p < 0,001$) e pré-teste 2 e *follow up* (0,022), com desempenho superior para as crianças do grupo controle nas avaliações de *follow up* em comparação às avaliações de pré-teste.

Tabela 5 – Comparações entre o desempenho das crianças do grupo controle nas áreas avaliadas pelo VBMAPP considerando as avaliações de pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste e follow up.

VBMAPP	Crianças GC pré 1 (n = 8)			Crianças GC pré 2 (n = 8)			Crianças GC pós (n = 8)			Crianças GC follow up (n = 8)			x ²	p	Post-hoc
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx			
Mando	4,1(3,2)	2,7	1-8,5	5,9(3,9)	3,7	2-11	8,4(3,7)	6,5	5-14	9,3(3,5)	7,2	6-14,5	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Tato	3,5(3,9)	1,2	0-8,5	5,2(4,7)	2,5	0,5-11	7,1(4,7)	4,2	2-13,5	8,2(4,8)	6,0	2,5-15	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Ouvinte	4,2(2,8)	3,2	1-8,5	6,0(3,6)	4,0	2,5-10,5	8,2(3,9)	6,2	4,5-13,5	9,4(3,7)	7,7	5,5-14,5	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
VP/MTS	5,0(2,6)	4,0	1,5-8	6,7(3,2)	5,0	3,5-10,5	8,4(3,5)	7,0	4,5-13	9,1(3,7)	7,7	5-14	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Brincar	4,1(3,0)	2,5	1-8	6,1(4,1)	3,7	2,5-11,5	7,7(4,1)	5,5	4-13	8,9(3,9)	6,7	5-14,5	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Socialização	4,1(3,2)	2,2	1-8	5,7(3,9)	3,5	2,5-10,5	7,7(5,0)	5,0	3,5-14	8,2(4,9)	5,5	4-14,5	23,734	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Leitura	3,4(3,3)	2,0	0-8,5	5,9(4,1)	3,5	2,5-11	7,5(4,3)	4,7	4-14	8,5(4,1)	6,5	4,5-14,5	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Escrita	4,4(3,9)	2,5	0,5-9	5,9(4,4)	4,0	1-11,5	7,7(4,6)	5,5	2,5-13,5	8,4(4,5)	6,2	4-14	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
LRFFC	3,8(4,0)	2,0	0-8,5	5,3(4,8)	3,2	0,5-11	7,3(4,7)	5,5	2-13,5	8,0(4,5)	6,2	3,5-14	24,000	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Intraverbal	2,9(4,1)	0,0	0-8,5	4,1(5,6)	0,0	0-11,5	6,7(6,2)	1,5	1-14	6,4(5,9)	2,2	2-14,5	23,108	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Compt. de grupo	3,1(4,3)	0,0	0-8,5	4,1(5,6)	0,0	0-11	5,2(6,3)	1,0	0,5-13	5,6(6,0)	1,7	0,5-13	22,690	<0,001	Pré 1 < pós; Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up
Estrutura linguística	4,9(6,7)	0,0	0-13,5	4,1(5,7)	0,0	0-11	4,9(6,7)	0,0	0-13	4,9(6,7)	0,0	0-13,5	9,000	0,029	n.s.
Matemática	3,7(5,2)	0,0	0-10	3,9(5,4)	0,0	0-10,5	4,9(6,5)	0,2	0-13,5	5,0(6,7)	0,2	0-14	11,526	0,009	n.s.
Total	50,1(47,3)	18,7	11-110,5	69,0(58,6)	30,0	22,5-142,5	84,7(70,1)	46,5	0-174	99,9(62,3)	58,2	49,5-181	20,850	<0,001	Pré 1 < follow up; Pré 2 < follow up

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: VBMAPP = *Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program*; M = média; DP = desvio padrão; GE = grupo experimental; pré = pré-teste; pós = pós-teste; Mín = mínimo; Máx = máximo; Desenv. = desenvolvimento; x² = estatística do teste Friedman; valor de p obtido pelo teste Friedman; Nível de significância 0,05; graus de liberdade = 3; n.s. = não significativo.

Para verificar se a associação do ABA com o grupo de pais foi eficiente, analisou-se resultados das áreas avaliadas pelo VBMAPP da amostra toda, juntando os resultados do Pré teste 1 do GE mais o Pré teste2 do GC, comparando com o Pós teste 1 de cada um dos grupos, utilizando-se o Wilcoxon. Conforme observado na Tabela 6, ocorreram mudanças estatisticamente significativas em todas as áreas avaliadas pelo VBMAPP com médias maiores no pós-teste do que no pré-teste.

Tabela 6 - Comparações entre o desempenho no VBMAPP das crianças da amostra total no momento de pré e pós-teste.

VBMAPP	Amostra total pré-teste (n = 16)			Amostra total pós-teste (n = 16)			T	P
	M(DP)	MED	Mín-Máx	M(DP)	MED	Mín-Máx		
Mando	6,9(4,6)	6,7	1-13	9,4(4,3)	8,7	4-15	-15,705	<0,001
Tato	6,3(5,0)	6,2	0-13	8,5(5,3)	8,2	2-15	-13,729	<0,001
Ouvinte	5,2(3,4)	4,0	0-10,5	8,9(4,2)	9,2	4-13,5	-5,053	<0,001
VP/MTS	6,4(2,9)	5,7	3-10,5	9,5(3,8)	9,7	4,5-14,5	-7,081	<0,001
Brincar	5,8(3,8)	5,7	1-11,5	8,3(4,3)	8,7	3-13,5	-8,660	<0,001
Socialização	5,5(3,5)	4,5	1,5-10,5	8,3(4,5)	8,0	3,5-14	-7,502	<0,001
Leitura	6,2(4,4)	5,7	0-12	9,1(4,9)	8,5	3-15	-6,573	<0,001
Escrita	6,2(4,5)	6,0	0,5-11,5	8,7(4,8)	9,0	2-14	-8,660	<0,001
LRFFC	5,6(4,7)	5,2	0,5-12	8,2(5,1)	8,5	1,5-14,5	-7,864	<0,001
Intraverbal	4,8(5,2)	3,5	0-11,5	6,8(6,4)	6,0	0-14,5	-5,457	<0,001
Compt. de grupo	4,6(4,8)	3,7	0-11	6,6(6,3)	6,2	0-14	-4,216	0,001
Estrutura linguística	5,4(5,6)	5,0	0-11,5	6,6(6,8)	6,2	0-14,5	-3,648	0,002
Matemática	5,4(5,6)	5,0	0-11,5	6,7(6,8)	6,2	0-14	-3,719	0,002
Total	36,8(31,0)	24,0	7-103	52,4(36,5)	35,0	16-115	-2,883	0,011

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: M = média; DP = desvio padrão; t = estatística do teste t de amostras pareadas; valor de p obtido pelo teste t de amostras pareadas; Nível de significância 0,05.

5. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo descrever e comparar o repertório verbal de crianças de dois grupos (controle e experimental) expostas a uma intervenção intensiva em Análise do Comportamento e que os pais foram expostos a um programa de educação positiva, a fim de verificar se houve alteração neste repertório verbal na intervenção e antes e depois dos pais

terem passado por esta formação. A comparação dos resultados dos pré-testes dos dois grupos apontou para desempenho verbal semelhante entre os dois grupos, um dado importante para atribuir, posteriormente, as mudanças às intervenções realizadas.

Para verificar o efeito da intervenção ABA intensiva no comportamento verbal das crianças, avaliou-se as duas linhas de base das crianças do grupo controle, antes dos genitores serem expostos ao programa. Como resultados obteve-se melhoras significativas em nove dos treze comportamentos avaliados, sendo eles: mando, tato, comportamento de ouvinte, seguimento de modelo, brincar, socialização, resposta de ouvinte por função, leitura e escrita. É importante destacar aqui que tal resultados foram percebidos mesmo em um curto espaço de tempo de intervenção, no caso um mês de intervalo entre as avaliação. O efeito positivo da Análise do Comportamento no comportamento verbal foi descrita pelos autores na revisão de literatura de Matos (2019), e nos estudos de Cordeiro, Rocha e Anadão (2020), Peyroux e Franck, (2019), Smith et al. (2019), Stanislaw et al. (2019) e Waters et al. (2020).

Quando se comparou o desempenho verbal das crianças do grupo experimental após o programa de pais com a linha de base 2 do grupo controle, pode-se entender a diferença entre uma intervenção intensiva em ABA e esta mesma intervenção associada ao treino parental focando na modificação de crenças e práticas parentais. Os resultados obtidos mostraram diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos de mando, tato, ouvinte, seguimento de modelo (VP/MTS), socialização e leitura, onde as crianças do grupo experimental apresentaram melhor desempenho. Assim, comprovou-se as evidências científicas da associação ABA + orientações parentais para a melhora de comportamentos de atenção compartilhada, mesmo em um curto espaço de tempo de intervenção (5 meses) os quais envolvem troca de turno, corroborando com os resultados de Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) e Matos (2019).

As comparações dos resultados de cada grupo nas quatro avaliações, no grupo experimental (pré-teste, pós-teste, *follow up* 1 e *follow up* 2) observou-se que a associação treino parental com a intervenção em ABA foi efetiva para a melhora nos comportamentos de mando, tato, ouvinte, VP/MTS – equivalência com o modelo, brincar funcional, socialização, escrita, leitura, intraverbal e resposta de ouvinte por função (LRFFC). Estes resultados demonstraram a importância dos pais na ampliação do comportamento verbal. Quando esses ajustaram as crenças de estimulação e as práticas parentais, as crianças passaram a evoluir mais na comunicação, mesmo sendo uma das áreas com maior prejuízo no TEA. Os estudos de Farias e Elias (2020) e Guerra e Almeida Verdu (2016) ressaltaram a importância das práticas de estimulação para o desenvolvimento do comportamento verbal.

Resultados semelhantes foram encontrados na comparação das quatro avaliações do grupo controle (pré-teste 1, pré-teste 2, pós-teste, *follow up*). Encontrou-se melhoras significativas nos comportamentos de mando, tato, comportamento de ouvinte, repertórios de equivalência (VP/MTS), brincar funcional, socialização, leitura, escrita, resposta por função ou categoria (LRFFC), intraverbal e comportamento de grupo. Novamente, observou-se melhoras nos comportamentos associados a trocas de turnos e imitação, habilidades básicas para os aprendizados, as quais são geralmente afetadas pelo déficit em atenção compartilhada no TEA. A medida em que os pais passaram a reforçar comportamentos adequados e reduzir inadequados, melhorando as suas práticas educativas isso resultou em uma melhora na forma como a criança é estimulada e, associada a uma intervenção clínica adequada, esta criança tem ganhos superiores, conforme o demonstrado na literatura por Cordeiro, Rocha e Anadão (2020), Peyroux e Franck, (2019), Smith et al. (2019), Stanislaw et al. (2019) e Waters et al. (2020).

É importante salientar que em ambos os grupos os melhores resultados em repertório verbal foram nas avaliações de follow-up, reforçando a hipótese da utilização, pelos pais, dos

comportamentos aprendidos que resultaram em manutenção dos comportamentos das crianças. Esse é um dado interessante pois na revisão sistemática da literatura de treinos parentais de Cordeiro, Rocha e Anadão (2020) encontraram que os ganhos não se mantêm ao longo do tempo. Este estudo mostra a importância de intervenções com os pais associadas às intervenções com as crianças.

Desta maneira, encontrou-se como resultados que, quando se comparou o desempenho verbal das crianças da amostra total nas avaliações pré e pós teste, todas já estavam submetidas a uma intervenção em ABA, confirmando que as melhoras foram maiores quando os pais foram submetidos à intervenção sobre práticas educativas parentais. Percebeu-se melhoras significativa no desempenho geral avaliado pelo VBMAPP, em todas as áreas avaliadas. Tais resultados demonstraram a evidência da intervenção interdisciplinar em Análise do Comportamento na modificação do repertório verbal de crianças, assim como corroboraram os resultados encontrados por Matos (2019), e nos estudos de Cordeiro, Rocha e Anadão (2020), Peyroux e Franck, (2019), e Waters et al. (2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tinha como objetivo descrever e comparar o repertório verbal de crianças com TEA, antes e depois de uma intervenção de cinco meses em ABA e da associação desta intervenção intensiva a um programa de educação positiva para seus genitores, visando a modificação de práticas e crenças na educação parental. Os resultados obtidos demonstraram as evidências científicas da intervenção em ABA associado a um programa de educação

positiva para pais, resultando em importantes ganhos em relação ao comportamento verbal de crianças com TEA.

Como limitações do estudo aponta-se: o curto espaço de tempo entre as avaliações de follow up (com variação de quatro a cinco semanas) devido a pandemia de COVID 19 e a falta de controle das variáveis sociodemográficas das crianças e dos pais na randomização dos grupos. Desta maneira, para estudos futuros principalmente em relação ao repertório verbal, sugere-se um maior controle das variáveis entre as crianças, como verbais e não verbais, tempo semelhante de intervenção anterior, se utilizam comunicação alternativa ou não, escolaridade materna e paterna, renda entre outras. Um outro ponto seria estabelecer um intervalo maior entre o pós teste e o follow-up, garantindo se a manutenção dos resultados em tempo mais longo.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Esta tese teve como hipótese central de que programas para pais, com base nos princípios da Análise do Comportamento podem tornar os genitores mais responsivos às necessidades de seus filhos com TEA. Pode prepará-los para serem agentes ativos no desenvolvimento dos filhos e proporcionar contexto para o reforçamento dos comportamentos treinados em ambiente clínico, promovendo generalizações, desde que tenham um ambiente preparado para reforçar tais mudanças em toda a família.

Deste modo, o objetivo geral deste trabalho foi avaliar o efeito de um programa para cuidadores associado a um programa de intervenção infantil baseado na Análise do Comportamento Aplicada, sobre o desenvolvimento de crianças com TEA e sobre as práticas educativas parentais e as crenças sobre cuidados e intervenção de seus cuidadores. Os dados foram analisados em quatro estudos considerando os instrumentos utilizados. Os dois primeiros estudos centraram no repertório dos pais, quanto às suas práticas educativas e as suas crenças sobre cuidados e intervenção infantil.

O Estudo 1 tinha como objetivos descrever e comparar práticas e crenças de pais e mães, considerando o que fazem e o que acham importante fazer, sobre cuidados e estimulação de crianças com TEA, antes e depois de um Programa de Educação Positiva para Pais, considerando a amostra toda antes e depois da intervenção e comparando Grupo Experimental e Controle. Os resultados iniciais apontaram para comportamentos de cuidados mais presentes entre as mães, evidenciando uma prática cultural. Ambos, pais e mães valorizavam igualmente a estimulação. Após a participação no programa, observou-se que pais e mães relataram se envolver significativamente mais nos cuidados e estimulação com seus filhos, dando mais importância a esses dois aspectos.

O Estudo 2 teve como objetivos analisar o relato das práticas educativas parentais utilizadas por pais e mães de crianças com TEA, antes e depois de Programa de Educação Positiva para Pais. As mães inicialmente apresentaram mais práticas negativas do que os pais, como o abuso físico. Também, tanto pais como mães relataram praticar, com mais frequência punição inconsistente e disciplina relaxada. Após o programa, essas práticas foram reduzidas em ambos os grupos, fazendo com que todos os pais e todas as mães relatassem práticas parentais mais adequadas, aumentando as práticas positivas e diminuindo as negativas, sem diferenças entre eles.

Os resultados desses dois estudos apontaram para a importância de envolver tanto pais como mães em programas que possibilitem a reflexão sobre suas práticas, que substituam as positivas pelas negativas, com impactos favoráveis sobre a sua interação com seus filhos com TEA. Programas para pais, mais do que treiná-los para proporcionar boas oportunidades de desenvolvimento para seus filhos, deve propiciar a revisão de crenças, tornando-os mais aptos para cumprir seu papel, com desdobramentos em uma interação de qualidade entre a díade.

O foco dos Estudos 3 e 4 recaiu sobre os efeitos do programa ABA e do programa para pais sobre o desenvolvimento geral e verbal das crianças com TEA. O Estudo 3 descreveu e comparou o desenvolvimento de crianças com TEA, nas cinco grandes áreas avaliadas pelo Inventário Portage Operacionalizado (Socialização, Autocuidados, Cognição, Linguagem e Desenvolvimento Motor), antes e depois de participarem por seis meses de um programa ABA e, posteriormente, do programa ABA associado à intervenção com pais, com o Programa de Educação Positiva para pais. Os resultados, a partir da análise dos pré-testes 1 e 2 do GC, comprovaram a evidência do programa intensivo em ABA, com o aumento do repertório comportamental das crianças em todas as áreas avaliadas. Também, as avaliações intragrupos (pré e pós teste do GE e do GC) e as intergrupos (pré-teste 2 do GC e pós teste do GE)

mostraram o efeito positivo do programa de pais associado ao programa ABA em todas as áreas avaliadas. Um dado interessante foi o observado no *follow up*, com a manutenção dos efeitos das intervenções utilizadas, observado nos dois grupos, demonstrando que além de promover o desenvolvimento das crianças esta associação é eficaz na manutenção destes ganhos. Os dados obtidos reforçam a importância da associação da intervenção com os pais com programa de intervenção previstos essencialmente para as crianças, como o ABA que demonstraram um aumento maior principalmente em quatro áreas (linguagem, cognição, autocuidado e socialização).

O foco do Estudo 4 foi o repertório verbal, avaliado pelo VBMAP, considerado um dos principais focos de trabalho com crianças com TEA. Analisou-se o efeito inicialmente do ABA e, depois, do ABA associado à intervenção com os pais. Os resultados apontaram para um aumento do repertório verbal geral após a intervenção com os pais, demonstrando que o programa para os pais foi eficaz na promoção de desenvolvimento de repertório verbal, das crianças participantes em dez das treze áreas avaliadas, obtendo melhora significativa nos comportamento de mando, tato, ouvinte, VP/MTS – equivalência com o modelo, brincar funcional, socialização, escrita, leitura, intraverbal e resposta de ouvinte por função (LRFFC).

O delineamento de pesquisa proposto possibilitou verificar o efeito sobre o desenvolvimento geral e, especificamente verbal, tanto do programa ABA, como a sua associação com intervenções com pais, ambas baseadas em Análise do Comportamento Aplicada. Os resultados permitiram observar mudanças importantes tanto no repertório comportamental dos pais como a sua incidência sobre o desenvolvimento geral quanto a ampliação do repertório verbal das crianças. Outro resultado importante obtido neste estudo é que a associação do programa de pais e a intervenção em ABA, potencializaram todos os resultados comprovando as evidências científicas e manutenção dos ganhos, tanto no

desempenho das crianças como na relação de parentalidade e intervenção dos pais participantes. Deste modo é essencial que todas as intervenções de crianças com TEA levem em consideração tais resultados e promovam a parceria ativa com a família para a intervenção com estas crianças. Outra contribuição do estudo a ser destacada é que mesmo no recorte de pouco tempo de intervenção ABA, cinco meses, foram comprovadas evidências científicas de melhora no comportamento verbal pelo VBMAPP e nas crenças parentais, alterando comportamentos das crianças e das famílias no momento da interação com os filhos.

Outro fator positivo do estudo foi a participação dos pais no programa, algo que na literatura (ANDRADE et al., 2016; CORDEIRO; ROCHA; ANADÃO, 2020; CHACKO et al., 2016; JURDI E SILVA, 2021) é citado como muito raro a medida em que o mais comum é a participação das mães nestes momentos. Assim como o engajamento neste tipo de capacitação que é citada por Chacko et al (2016) como inconsistente, no presente trabalho não houve desistências ao longo do programa para os pais e foram elencados algumas hipóteses que justifiquem tal engajamento: a) o fato de que seus filhos já eram atendidos no programa ABA no mesmo serviço em que ocorreu o programa para pais; b) a intervenção aconteceu em meio a Pandemia de COVID 19, onde todos as pessoas estavam confinadas em casa, como uma recomendação do Ministério da Saúde, assim neste período pais e mães estavam em casa dividindo os cuidados e a estimulação dos filhos, que por estarem em intervenção intensiva, só saíam de casa para ir às terapias, pois até mesmo as escolas estavam fechadas; c) diagnóstico recente da maior parte das crianças e a iniciativa de busca dos pais pelo atendimento e a observação de ganhos no desenvolvimento das crianças com a intervenção intensiva e, d) a individualização de cada encontro com as famílias falando sobre os sinais e os sintomas do filho deles no momento de descrever os problemas de comportamento e dos sinais de TEA.

Outro dado que merece destaque é a manutenção de todas as modificações de comportamentos, seja a redução de práticas negativas, aumento de positivas, ampliação de práticas de cuidados e estimulação, melhora no desenvolvimento geral e verbal das crianças com TEA, indicando que o Programa de intervenção em ABA associado com o Programa de orientação parental nos moldes apresentados, focando nas práticas parentais é capaz de produzir o efeito de generalização e manutenção dos resultados.

As limitações do estudo foram em relação: ao curto espaço de tempo de aplicação e de intervalo entre as avaliações; dos testes aplicados nos pais serem baseados em relato sobre as práticas e não uma observação efetiva dos comportamentos educativos parentais e, a falta de controle das variáveis sociodemográficas dos participantes antes das randomizações dos grupos. Sendo assim, as sugestões para futuros estudos é a ampliação da amostra, o controle de tempo especialmente entre opós teste e o follow up, o controle das variáveis sociodemográficas dos participantes por ocasião da randomização, a comparação de crianças em intervenção ABA e sem intervenção e a manipulação de outras variáveis que podem influenciar na interação entre pai x mãe x criança com TEA, como por exemplo ansiedade, depressão e comorbidades nos pais e nas crianças.

7 REFERÊNCIAS GERAIS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* – 5a Edição. Editora Artmed, 2014.

ANDALECIO, A. C. G. S. A. M. et al. Efeitos de cinco anos de intervenção comportamental intensiva no desenvolvimento de uma criança com autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Bauru, v. 25, n. 3, p. 389-402, 2019. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000300003>.

ANDRADE, A. A. E.; OHNO, P. M.; MAGALHÃES, C. G.; BARRETO, I. S. Treinamento de pais e autismo: uma revisão de literatura. *Ciências & Cognição*, v. 21, n. 1, p. 07-22, 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE (ANIP). Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais. *Coimbra*, 2016. Disponível em: <<http://im2.anip.net/index.php/guia/versao-on-line#page/7>>.

BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 1, n. 1, p. 91-97, 1968.

BAGAILOLO, L. F.; MARI, J.J.; BORDINI, D.; RIBEIRO, T.C.; MARTONE, M.C.C.; CAETANO, S.C.; BRUNONI, D.; BRENTANI, H; PAULA, C.S. Procedures and compliance of a video modeling applied behavior. *Autism*, v. 21, n. 5, p. 603-610, 2017. DOI: 10.1177/1362361316677718.

BAGAILOLO, L. F.; PACÍFICO, C. R.; MOYA, A. C. C.; MIZAEAL, L. F.; JESUS, F. S.; ZAVITOSKI, M.; SASAKI, T.; ASEVEDO, G. R.C. Capacitação parental para comunicação funcional e manejo de comportamentos disruptivos em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. *Caderno de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, v. 18, n. 2, p. 46-64, 2018. doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v.18n2p46-64.

BARROS, R. da S. Uma introdução ao comportamento verbal. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 73-82, 2003. Disponível <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100008&lng=pt&nrm=iso>.

BOCHI, A; FRIEDRICH, D.; PACHECO, J.T.B. Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 549-563, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200009&lng=pt&nrm=iso>.

BOLSONI-SILVA, A.T.; SILVEIRA, F.F.; MARTURANO, E.M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 10, n. 2, p. 125- 142, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). *Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações*

Programáticas Estratégicas, Brasília – DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *US Department of Health and Human Services*, 2021. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>>.

CHACKO, A. et al. Engagement in behavioral parent training: review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 19, p. 204–215, 2016. <https://doi-org.ez87.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10567-016-0205-2>.

CHECCHIA, M. N. P. *Avaliação de resultados de um curso compacto de Análise do Comportamento Aplicada Sobre Transtornos do Espectro Autista para profissionais da saúde e educação*. (131 p.) Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2020.

CHRISTENSEN D.L et al. Prevalence and characteristics of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, *Surveillance Summaries*, v. 65, n. 3, p. 1–23, 2016.

CORDEIRO, E. C.; ROCHA, L. L. M.; ANADÃO, N. V. R. S. *Análise do comportamento aplicada e sua importância no treinamento de pais de crianças com TEA*. Trabalho de conclusão de curso. Maceió: Centro Universitário Tiradentes - UNIT/ AL, 2020. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3254>.

COSSIO, A.; PEREIRA, A. P. S.; RODRIGUEZ, R. Benefícios da intervenção precoce para a família de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. *Revista de Educação Especial*, v. 31, n. 60, p. 9-20, 2018.

CRUZ, T. A. R. da et al. Perfil sociodemográfico e participação paterna nos cuidados diários de crianças com microcefalia. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [online]. 2019, v. 27, n. 3, pp. 602-614. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1830>>.

DAWSON, G.; ROGERS, S.; MUNSON, J.; SMITH, M.; WINTER, J.; GREENSON, J.; VARLEY, J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, v. 125, n. 1, p. 17-23, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19948568>.

DUTRA, H.S.; REIS, V.N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, UFPE on line (Recife), v. 10, n. 6, p. 2230-2241, 2016.

EIKESETH, S.; SMITH, T.; JAHR, E.; ELDEVIK, S. Intensive behavioral treatment at school for 4-to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison-controlled study. *Behavior Modification*, v. 26, n. 1, p. 49-68. 2002. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145445502026001004>.

ELDER, J.H.; DONALDSON, S.O.; KAIRALLA, J.; VALCANTE, G.; BENDIXEN, R.; FERDIG, R.; SELF, E.; WALKER, J.; PALAU, C.; SERRANO, M. In-home training for fathers of children with autism: a follow up study and evaluation of four individual training components. *Journal of Child & Family Studies*, v. 20, n. 3, p. 263-271, 2011.

FRANCO, V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 59, p. 35-48, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.44689>.

FERREIRA, L. A.; SILVA, Á. J. M.; BARROS, R. S. Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo. *Perspectivas*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 101-113, 2016. <http://dx.doi.org/10.18761/pac.2015.034>.

GILLET, J.N.; LEBLANC, L. A. Parent-implemented natural language paradigm to increase language and play in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 1, n. 3, p. 247-255, 2007.

GUIMARÃES, M. S. S. et al. Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 20, p. 40-53, 2018. DOI:10.31505/rbtcc.v20i3.1217.

GOMES, C. G. S. et al. Intervenção comportamental precoce e intensiva com crianças com autismo por meio da capacitação de cuidadores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 23, n. 3, p. 377-390, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382317000300005>.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação (2ª ed.). *Rio de Janeiro: Vozes*, 2006.

GUERRA, B.; ALMEIDA-VERDU, A.C.M. Ensino de operantes verbais em pessoas com transtorno do espectro autista no The Analysis of Verbal Behavior: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. v. 18, p. 73-85. 2016. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.884>.

GUISO, L; BOLZE, S. A.; VIERA, M. L. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 226-255, 2019. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10>.

HEINRICHS, C. N. do V. *Implementação do PECS para uma criança com autismo e seus parceiros de comunicação na educação infantil*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2020.

HOWLIN, P.; MAGIATI, I.; CHARMAN, T. Systematic review of early intensive behavioural interventions for children with autism. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, v. 114, n1, p. 23-41, 2009.

INGERSOLL, B.; GERGANS, S. The effect of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, v. 28, n. 2, p. 163-175, 2007.

JURDI, A.; SILVA, C. C. B. O brincar no cotidiano familiar de crianças com Transtorno do Espectro Autista, *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO* [Online], v. 5, n. 4, p. 549-56, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/39761/pdf>.

KLINE, R. B. *Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research*. Washington: American Psychological Association, 2004.

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

MAFIOLETTI, M. S.; MARTINS, D. F. G.; MINETTO, M. F. J., VIEIRA, M. L. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [en linea]. v. 62, n. 1, p. 119-134, 2010.

MAHONEY, G.; PERALES, F. The role of parents of children with Down syndrome and other disabilities in early intervention. In: RONDAL, J.; PEREIRA, J.; SPIKER, D. (Ed.). *Neurocognitive Rehabilitation of Down Syndrome-Early Years*. Cambridge University Press, p. 205-223, 2013.

MARTINS, G. D. F. et al. Crenças e práticas de cuidado entre mães residentes em capitais e pequenas cidades Brasileiras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 692-701, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400009&lng=en&nrm=iso>.

MARTONE, M.C.C. *Adaptação para a língua portuguesa do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, 2016.

MATOS, R.S.P. As dificuldades de aprendizagem em pessoa com autismo e as contribuições da Análise do Comportamento Aplicada-ABA. *Journal of Specialist*, [S.l.], v. 1, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/119>>.

MEDAVARAPU, S.; MARELLA, L. L.; SANGEM, A.; KAIRAM, R. Where is the evidence? a narrative literature review of the treatment modalities for Autism Spectrum Disorders. *Cureus*, v. 11, n. 1, e3901, 2019.

MEDEIROS, D. da S. As contribuições da Análise do Comportamento (ABA) para a aprendizagem de pessoas com autismo: uma revisão da literatura. *Estudos IAT*, Salvador, v. 6, n.1, p. 63-83, jun., 2021.

MENEZES, L.F.A.; SANTOS, B.C. Intervenções baseadas na função para comportamentos heterolesivos: uma revisão de literatura. *Revista Perspectivas*, v.12, n. 01, p. 117-130, 2021.

MINETTO, M.F.; LOHR, S. S. Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 59, p. 49-64, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.44791>.

NOGUEIRA, S. C.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ALTAFIM, E. R. P. Práticas educativas de mães de bebês: efeitos de um programa de intervenção. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 4, p. 599- 607, 2013. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/03.pdf>>.

OLIVEIRA, C. R. *Capacitação do profissional da Educação Infantil: identificação precoce de sinais do Transtorno do Espectro Autista*. 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10*. 10a. ed. São Paulo: Edusp, 1998.

OSPINA, M. B.; KREBS SEIDA, J.; CLARK, B.; KARKHANEH, M.; HARTLING, L.; TJOSVOLD, L.; VANDERMEER, B.; SMITH, V. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *Plos One*, v. 3, n 11, e3755, 2008.

PEYROUX, E.; FRANCK, N. Is social cognitive training efficient in autism? A pilot singlecase study using the RC2S+ program. *Neurocase*. v. 25, n. 6, p. 217-224, 2019.

PIMENTEL, J.S. *Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade*. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com deficiência, 2005.

PIRES, I. H. *Eficácia da Early Intensive Behavioral Intervention para crianças com transtornos do espectro autista: uma revisão sistemática*. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) –Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

PRIOR, M.; ROBERTS, J. M. A.; RODGER, S.; WILLIAMS, K. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders. *The Australian Autism Research Collaboration. The Australian Society for Autism Research - ASFAR*. Roberts, 2011. Disponível em: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2014/review_of_the_research_report_2011_0.pdf

REAGON, K.A.; HIGBEE, T.S. Parent-implemented script fading to promote play-based verbal initiations in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 42, n. 3, p. 659-64, 2009.

RODRIGUES, O. M. P. R. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 43, p. 81-100, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602012000100007>.

SAMPAIO, M.; MIURA, R. K. Concepções de professores sobre pessoas com espectro do autismo. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, v. 2, n. 2, p. 145-160, 2015.

SANTOS, H. *Infância e violência: cotidiano de crianças em favelas e cortiços de São Paulo*. 2014. Disponível em: <https://issuu.com/bernardvanleerfoundation/docs>

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M. (Org.); BUENO, O.F. A (Org.). *Neuropsicologia hoje*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, v. 1. 333p, 2015.

SANTOS, L. S.; DIAS, C. M. L.; NOVO, B. N. O uso do treinamento parental como técnica interventiva em crianças com transtorno do espectro autista (TEA) na cidade de Teresina, Estado do Piauí, Brasil. *Semana Acadêmica Revista Científica*, 2017. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_laerson.pdf

SANTOS, E., TRINDADE, E., SOUZA, C. Observação de pareamento de estímulos e instrução com múltiplos exemplares: efeitos sobre respostas de ouvinte e falante de crianças com TEA. *Revista Educação Especial*, n. 34, e8, p. /1-21, 2021. doi.org/10.5902/1984686X42047

SOUZA, M.S.; SOARES, A.B.; FREITAS, C.P.P. Avaliação e acompanhamento de um Treinamento de Habilidades Sociais (THS) em crianças do ensino fundamental. *Psicologia Clínica*, v. 33, n. 1, p. 95-118, 2021. doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n01A05.

SCHMIDT, B.; STAUDT, A.C.P.; WAGNER, A. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, v. 9, n. 1, p. 01-18, 2016.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; BASHFORD, A.; LANSING, M. D.; MARCUS, L. M. *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R)*. Austin (TX): Pro-Ed, 1990. Disponível em: <<https://ci.nii.ac.jp/naid/10010095995/>> Acesso em: 02 de abril de 2021.

SCHOPLER, E.; REICHLER, J. R.; RENNER, C. *CARS-The Childhood Autism Rating Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988. Disponível em: <<https://institutopod.com.br/wp-content/uploads/2019/11/cars-miguel-1-1.pdf>> Acesso em: 02 de abril de 2021.

SEABRA-SANTOS, M.J.; GASPAR, M.F.; AZEVEDO, A.F.; HOMEM, T.C.; GUERRA, J.; MARTINS, V.; MOURA-RAMOS, M. Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long? *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 44, p. 93-104, 2016.

SILVA, L.M.T.; SCHALOCK, M.; AYRES, R. A model and treatment for autism at the convergence of Chinese medicine and Western science: First 130 cases. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 421-429, 2011.

SILVA, B. S. et al. Dificuldade no diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista e seu impacto no âmbito familiar, *CIPEEX*, v. 2, p. 1086-1098, 2018.

SILVA, B. S. O papel dos pais frente à criança com autismo: a importância da intervenção precoce. *Revista Científica Educação*, v. 2, n. 3, p. 336-351, 2018.

SIKLOS, S.; KERNS, K. Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, v. 28, p. 9-22, 2007.

SKINNER, B. F. *Questões recentes na análise do comportamento* (6 ed.). São Paulo: Papirus, 2006.

SMITH, D.P.; HAYWARD, D.W.; GALE, C.M.; EIKESETH, S.; KLINTWALL, L.; Treatment gains from Early and Intensive Behavioral Intervention (EIBI) are maintained 10 years later. *Behavior Modification*, v. 16, 2019. doi: 10.1177/0145445519882895.

SMITH, T.; BUCH, G. A.; GAMBY, T. E. Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, v. 21, n. 4, p. 297-309, 2000.

SUPPO, J.L.; FLOYD, K. Parent training for families who have children with autism: A review of the literature. *Rural Special Education Quarterly*, v. 31, n. 2, p. 12-26. 2012.

SUNDBERG, M. L. *The verbal behavior milestones assessment and placement program: The VB-MAPP*. Concord, CA: AVB Press, 2008.

SURGIK, R. C. R. *Intervenção com mães gestantes: prevenção de maus-tratos infantis*. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<https://tede.utp.br/jspui/handle/tede/1283>>

STANISLAW, H.; HOWARD, J.; MARTIN, C. Helping parents choose treatments for young children with autism: A comparison of applied behavior analysis and eclectic treatments. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, v. 32, n. 8, p. 571-578, 2020. doi: 10.1097/JXX.0000000000000290.

TEIXEIRA, M. C. T. V. *A Evidências de eficácia de programa multimodal de educação e treinamento parental: Impacto na saúde mental do cuidador e no manejo de dificuldades cognitivas e comportamentais de crianças com transtorno do espectro autista*. Projeto de Pesquisa. Mackenzie, 2017. Disponível em: <http://dspace.mackenzie.br/handle/10899/19849?show=full>.

VARGAS, E. A. O comportamento verbal de B. F. Skinner: uma introdução. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 153-174, 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000200002&lng=pt&nrm=iso>.

VISMARA, L.A.; COLOMBI, C.; ROGERS, S.J. Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism*, v. 13, n. 1, p. 93-115, 2009.

VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, v. 30, n. 4, p. 387-399, 2010.

WATERS, C.F.; DICKENS, M.A.; THURSTON, S.W.; LU, X.; SMITH, T. Sustainability of early intensive behavioral intervention for children with autism spectrum disorder in a community setting. *Behavior Modification*, v. 44, n. 1, p. 3-26, 2020. doi: 10.1177/0145445518786463.

WEBSTER-STRATTON, C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 52, n. 4, p. 666–678, 1984.

AIELLO, A.L.R.; WILLIAMS, L.C.A. Inventário Portage Operacionalizado (IPO): Revisão Sistemática *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 37, e37, 2021, DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37545>

WILLIAMS, L.C.A.; AIELLO, A.L.R. *O Inventário Portage Operacionalizado: intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon/FAPESP; 2001.

WILLIAMS, L. C. A.; SANTINI, P. M.; D’AFFONSECA, S. M. The Parceria Project: A Brazilian parenting program to mothers with a history of intimate partner violence. *International Journal of Applied Psychology*, v. 4, n. 3, p. 101-107, 2014.

WILLIAMS, L. C. A.; MALDONADO, D. P. A.; ARAÚJO, E. A. C. (Orgs). *Educação positiva dos seus filhos: Projeto Parceria – Módulo 2*. Cartilha-Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia, 2008. Disponível em: <http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/apostilas-e-manuais/parceria-2.pdf>

WONG, C. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 6, p. 1951-1966, 2015. doi: 10.1007/s10803-014-2351-z.

ZAGO, J.T.C.; PINTO, P.A.F.; LEITE, H.R.; SANTOS, J.N.; MORAIS, R.L.S. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev. CEFAC*, v. 9, n. 3, p. 320-329, 2017.