

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

NAIARA ADORNA DA SILVA

**MANEJO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ESTUDO PILOTO BASEADO EM
UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO COMPORTAMENTAL**

São Paulo
2016

NAIARA ADORNA DA SILVA

**MANEJO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ESTUDO PILOTO BASEADO EM
UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO COMPORTAMENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, para obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientador: Profª. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira.

São Paulo
2016

S586m Silva, Naiara Adorna da

Manejo de problemas de comportamento de crianças com transtorno do espectro autista: estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental. / Naiara Adorna da Silva – 2016.

77 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

Referências bibliográficas: f. 63-71.

1. Psicoeducação. 2. Transtorno do Espectro Autista. 3. Cuidadores. 4. Crianças. 5. Análise do Comportamento Aplicada. I. Título.

CDD 371.94


Naiara Adoma da Silva

**MANEJO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ESTUDO PILOTO BASEADO EM
UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO COMPORTAMENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do
Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, para obtenção do título de
Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

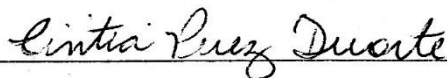
Aprovada em: 3/3/16



Profª Dra Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira (Orientadora)



Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro



Dra. Cintia Perez Duarte

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses dois anos foram muitas pessoas que contribuíram com o desenvolvimento desse projeto.

Primeiramente, agradeço a minha orientadora Prof^a. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, por ter me conduzido nesse caminho com muito carinho e sabedoria. Agradeço pelo companheirismo durante todo o processo e pela oportunidade de desenvolver esse trabalho. Obrigada pela confiança, pelo incentivo diário e pelos ensinamentos nos momentos difíceis.

À Mayra Seraceni, por ter me orientado em muitos momentos, e oferecido a oportunidade de conhecer pessoas tão especiais. Se hoje finalizo esse trabalho, foi porque você me ensinou os primeiros passos para concretizá-lo. Muito obrigada!

À Dra. Cintia Perez Duarte, que com carinho e muito amor pelo seu trabalho me orienta diariamente. Agradeço pela confiança, pelas oportunidades oferecidas e pelos ensinamentos, sem eles eu não teria chegado até aqui. Foi e é com você que aprendo a ser uma profissional melhor a cada dia. Obrigada pelas contribuições nesse trabalho e por ser uma das pessoas mais importantes na minha formação.

Ao Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, pelas contribuições feitas nesse trabalho e pela atenção oferecida durante esses dois anos.

Ao Prof. Dr. Décio Brunoni pelo apoio e auxílio durante os mutirões que fizeram parte deste trabalho.

À minha querida amiga Gisele Baraldi! Não tenho palavras para dizer o quanto foi importante nesse projeto e na minha vida. Foi com você que compartilhei todos os momentos desses dois anos! Obrigada por me acolher, me ouvir e me ajudar!

Às amigas de turma Fernanda, Glauce, Tânia e Regina pelo apoio durante todo período do mestrado.

À todos amigos do laboratório, que puderam compartilhar comigo cada momento do mestrado. Obrigada pelas conversas e momentos de descontração.

À minha família, Andréia, Joaquim e João Pedro. Obrigada por me ajudarem em todo desenvolvimento desse projeto.

À Henrique Abdul Nibi, pelo incentivo ao estudo e auxílio em todos momentos que precisei. Obrigada pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

Por fim, agradeço aos cuidadores das crianças que participaram desse projeto. Obrigada pela dedicação e motivação durante todo período de treinamento. Foi maravilhoso poder compartilhar essa experiência com vocês.

SILVA, N. A. *Manejo de problemas de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista: estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental*. 2016. 77 f. Dissertação de mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2016.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um dos transtornos que mais compromete o neurodesenvolvimento de uma criança. Quando os cuidadores/responsáveis desconhecem estratégias de intervenção/amenização/prevenção de problemas de comportamento o papel do cuidado tende a sobrecarrega-los. O objetivo geral do estudo foi verificar evidências empíricas de eficácia de um programa psicoeducativo parental para manejo de dificuldades comportamentais dos filhos com TEA. A amostra foi composta por 8 meninos com TEA entre 5 a 11 anos (média de 8 anos; desvio padrão de 1,93) e seus respectivos cuidadores responsáveis entre 22 a 63 anos (média de 38,4 anos; desvio padrão de 15,95). Os instrumentos de coleta de dados referente aos pais foram: a) Formulário para avaliação de dados demográficos e socioeconômicos; b) Inventários de Auto-Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos e Idosos acima de 60 anos (ASR/18-59 e OASR/60-90+); c) Inventário de Estilo Parental (IEP); d) Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref; e) Questionário sobre principais dificuldades dos pais/cuidadores; f) *Checklist* para controle de cumprimento das orientações do programa; g) Questionário sobre satisfação dos cuidadores com o programa; h) Registro diário de acompanhamento; i) Programa Psicoeducativo Parental, que teve como finalidade orientar os pais sobre características do transtorno, instruí-los no uso de estratégias para resolução dos problemas de comportamento dos filhos e informar sobre tipos de estratégias intervenções comportamentais com eficácia empiricamente comprovadas. No que tange os instrumentos referentes ao comportamento das crianças foram aplicados: a) Inventários de Comportamentos para Crianças entre 1½ e 5 anos e para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/1½5 e CBCL/6-18); b) Inventário de Problemas Comportamentais (BPI-01); c) Escala de Comportamentos Atípico (ABC); d) Questionário sobre uso de serviços de saúde mental. O programa foi conduzido em oito encontros, uma vez por semana, com duração de 3 horas cada, totalizando 24 horas de intervenção. Foram feitas medidas pré, pós e de seguimento. Os principais resultados mostraram um elevado índice de adesão ao programa e satisfação, assim como uma avaliação positiva quanto às possibilidades

de uso das orientações na rotina do dia-a-dia. Foram verificadas evidências empíricas positivas nos padrões comportamentais e de saúde mental das crianças e dos cuidadores, bem como na qualidade de vida destes últimos.

Palavras-chave: Psicoeducação, Transtorno do Espectro Autista, Pais, Cuidadores, crianças, Análise do Comportamento Aplicada.

SILVA, N. A. Managing behavior problems in children with Autism Spectrum Disorder: pilot study based on a behavioral psychoeducational program. 2016. 77f. Master Dissertation – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is one of the conditions that causes most damage to a child's neurodevelopment. When caregivers are not provided with strategies of intervention/amelioration/prevention of behavior problems, the task of taking care becomes an overload. The general objective of this study was to verify empirical evidences of the efficiency of a psychoeducational program for parents to manage behavioral difficulties of children with ASD. The sample was composed of 8 boys with ASD, aged from 5 to 11 years (mean 8 years; standard deviation 1,93), and their respective caretakers, aged from 22 to 63 years old (mean 38,4; standard deviation 15, 95). The parents data collection instruments were: a) Form to assess demographic and socioeconomic data; b) Adult Self-Report for Ages 18-59 and Older Adult Self-Report for Ages 60 and Above (ASR/18-59 and OASR/60-90+); c) Parental Style Inventory (PSI); d) World Health Organization Quality of Life WHOQOL-bref; e) Questionnaire on the main difficulties parents/caretakers have; f) Checklist for control of program orientations; g) Questionnaire on caretakers satisfaction with the program; h) Diary record monitoring; i) Psychoeducational program for parents, which had the objective of orienting parents on the characteristics of the disorder, educating them on the use of strategies to manage behavior problems and informing on empirically tested behavior intervention strategies. Data collection instruments of children behavior were a) Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 and for Ages 6-18 (CBCL/1½5 and CBCL/6-18); b) Behavior Problems Inventory (BPI-01); c) Aberrant Behavior Checklist (ABC); d) Questionnaire on use of mental health services. The program consisted of eight meetings, held once a week, with duration of 3 hours each (total 24 hours). Participants were assessed before, during and after the intervention. The main results indicate high adherence and satisfaction with the program, as well as a positive assessment of the possibility of employing in their routine the orientations received in the program. Positive empiric evidences were found in the

behavioral and mental health patterns of the children and caregivers, as well as in their quality of life.

Keywords: Psychoeducation, Autism Spectrum Disorder, Caregivers, Parent, Children, Applied Behavior Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de execução.....	36
Figura 2. Principais categorias de dificuldades relatadas pelos cuidadores.	39
Figura 3. Pontuações totais de problemas de comportamento em função da Escala ABC nas três fases da execução do programa parental psicoeducativo.	42
Figura 4. Escore total médio das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais dos inventários de comportamentos para crianças e adolescentes CBCL/1½5 e CBCL/6-18, em duas fases da execução do programa parental psicoeducativo.	43
Figura 5. Escore bruto médio das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais dos inventários ASR e OASR em duas fases da execução do programa parental psicoeducativo.	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista.	7
Tabela 2. Distribuição socioeconômica dos pais/cuidadores.	24
Tabela 3. Uso de serviços de atendimento à saúde mental pelas crianças com TEA.	24
Tabela 4. Caracterização dos tipos de serviços utilizados pelas crianças da amostra. ..	25
Tabela 5. Especificidades do Programa Psicoeducativo Parental em função de temas abordados, objetivos e material utilizado.	33
Tabela 6. Resultados dos checklists referentes ao uso estratégias de estimulação e de manejo comportamental.	40
Tabela 7. Valores médios de frequência e severidade de problemas de comportamento de AutoAgressão, Agressividade e Estereotipa do Inventário de Problemas de Comportamento nas três fases da execução do programa parental psicoeducativo.	41
Tabela 8. Valores médios obtidos no WHOQOL-bref nas fases pré e pós-intervenção do programa parental psicoeducativo.	44
Tabela 9. Distribuição dos cuidadores de acordo com o uso das práticas educativas parentais nas fases pré e pós do treinamento parental.	45
Tabela 10. Resultados sobre avaliação de indicadores de satisfação e aplicabilidade do programa psicoeducativo recebido na fase pós-intervenção.	46
Tabela 11. Resultados sobre avaliação de indicadores de satisfação e aplicabilidade do programa psicoeducativo recebido na fase de seguimento.	47

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	1
2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
2.1 Transtorno do Espectro Autista	5
2.2 Indicadores de impacto do Transtorno do Espectro Autista na família	8
2.3 Modalidades de intervenção	11
2.4 Análise do Comportamento	14
3.OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4.MÉTODO	22
4.1 Local de realização do estudo.....	23
4.2 Participantes.....	23
4.3 Considerações éticas	25
4.4 Instrumentos	26
4.5 Procedimentos de coleta de dados.....	34
4.6 Procedimentos de análise de dados.....	36
5.RESULTADOS	38
6. DISCUSSÃO	49
7.CONCLUSÃO.....	58
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
9.ANEXOS	71

1.INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um dos transtornos que mais compromete o neurodesenvolvimento de uma criança. Apesar das taxas de prevalência serem variáveis entre os países, sobretudo naqueles que estão em desenvolvimento em que as estimativas podem inclusive ser inexistentes, estudos estimam uma prevalência de aproximadamente 62:10.000 (FOMBONNE, 2009; ELSABBAGH et al., 2012).

O fenótipo do TEA é heterogêneo e de etiologia multifatorial cujos sintomas podem apresentar diferentes graus de acometimento (MECCA et al., 2011; BRUNONI, 2011). Sua herdabilidade é confirmada em aproximadamente 50%, sendo os fatores genéticos responsáveis pela metade do risco de TEA, porém não existe um único gene envolvido, os fatores genéticos são múltiplos. E, por outro lado, há condições multifatoriais que também intervêm na etiopatogenia decorrentes da exposição do indivíduo a eventos no período crítico do desenvolvimento cerebral, aumento de vulnerabilidade biológica subjacente, e a presença de estressores ou fatores pré, peri e pós-natais como por exemplo, infecções, uso de substâncias, entre outros (SCHWARTZMAN; ARAÚJO, 2011; DANIELS et al., 2014; SANDIN et al., 2014).

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 adotou o termo Transtornos do Espectro Autista (TEA) como categoria diagnóstica para se referir ao quadro clínico caracterizado por sinais e sintomas relacionados a interação, comunicação social e presença de padrões comportamentais restritos e repetitivos com prejuízos no funcionamento adaptativo e possibilidade de verificação antes dos 2 anos de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Dentre as principais áreas de comprometimento se verificam as habilidades de comunicação e cognição social, a saber déficits em habilidades de reconhecimento de expressões faciais, de emoções, gestos e vocalização, déficits de interação social (interesse em outras crianças e imitação social), déficits em respostas de iniciação de atenção compartilhada e comportamentos estereotipados (KLIN, 2006; VISMARA; ROGERS, 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quando os cuidadores/responsáveis desconhecem estratégias de intervenção/amenização/prevenção de muitos dos repertórios deficitários descritos no parágrafo anterior, o papel do cuidado tende a sobrecarregá-los podendo ser uma importante fonte de estresse parental. Cuidadores de crianças com TEA têm reportado taxas mais elevadas de stress se comparado com pais de crianças com outros transtornos do neurodesenvolvimento ou crianças típicas, sem problemas de comportamento, além

de apresentarem maior índice de discórdia conjugal (FREULER et al., 2013; ESTES et al., 2014).

Estudos têm mostrado que fatores relacionados a situação socioeconômica, disponibilidade de apoio social, e a presença de problemas de comportamento podem ter maior peso no estresse parental se comparado a outros fatores como o tipo de deficiência ou severidade do déficit cognitivo apresentado pela criança (NEECE et al., 2012; FREULER et al., 2013; ESTES et al., 2014). Quando um cuidador é bem informado são esperados menores comprometimentos de saúde mental dele próprio, além de benefícios de funcionamento adaptativo do filho (FREULER et al., 2013; ROUX; SOFRONOFF; SANDERS, 2013; ESTES et al., 2014; ROGERS et al., 2014).

Alguns dos aspectos mais importantes de uma intervenção parental visando a prevenção de problemas comportamentais de crianças são: desenvolver habilidades de envolvimento parental, resolver problemas e conflitos, ampliar a rede de apoio, melhorar a comunicação interpessoal, incentivar o uso de reforçamento positivo, utilizar monitoria positiva e informar aos pais sobre os efeitos adversativos do uso de estratégias punitivas em seus estilos de disciplina, instruindo-os sobre uso de outras práticas parentais adequadas e positivas que substituam as práticas aversivas (MARTIN; PEAR, 2009). Por esse motivo programas de treinamento parental e intervenções nas quais os cuidadores, devidamente instruídos, são os mediadores em relação ao manejo da criança continuam sendo desenvolvidos tanto em relação a filhos com desenvolvimento típico como crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual (DI) e outros transtornos do neurodesenvolvimento (PATTERSON; GRAMMER; PERRY, 1986; LOEBER; HAY, 1997; BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008; MOURA; SILVARES, 2008; GOITEIN; CIA, 2011; WEARE; NIND, 2011).

Neste contexto apresenta-se o seguinte projeto assentado em uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD) da Universidade Presbiteriana Mackenzie: Políticas e Formas de Atendimento: Campos de atuação, Programas, Procedimentos, Recursos e Intervenções Especializadas: estudo das políticas nacionais relacionadas às pessoas com deficiências, procedimentos especializados e programas de atendimento público e privado. O objetivo principal do projeto foi identificar evidências empíricas de eficácia de um programa psicoeducativo parental para manejo de dificuldades comportamentais de crianças com TEA.

2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Transtorno do Espectro Autista

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 adotou a categoria Transtornos do Neurodesenvolvimento para se referir ao grupo de condições com início no período do desenvolvimento (geralmente antes de a criança ingressar na escola), caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social e acadêmico ou profissional. Os déficits podem variar desde limitações muito específicas na aprendizagem, linguagem, comunicação, comportamento, controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais e funcionamento cognitivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As categorias diagnósticas incluídas nos Transtornos do Neurodesenvolvimento são: a) Deficiência Intelectual (DI); b) Transtornos da Comunicação; c) do Transtorno do Espectro Autista (TEA); d) Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH); e) Transtorno Específico da Aprendizagem; f) Transtornos Motores; g) Transtornos de Tique (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A etiopatogenia do Transtorno do Espectro Autista (TEA), é multifatorial, decorrente da exposição a eventos biológicos e ambientais no período crítico do desenvolvimento cerebral (PAULA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; DANIELS et al., 2014).

A condição clínica TEA refere-se a um quadro caracterizado por sinais e sintomas relacionados com a) déficits persistentes na interação e comunicação social em múltiplos contextos, por exemplo, déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interações sociais, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos; b) presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, por exemplo, movimentos motores, fala estereotipada ou repetitiva, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas, respostas ritualísticas, interesses restritos e fixos, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais; c) os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, possibilidade de verificação antes dos 2 anos de vida; d) os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes da vida da pessoa; e) essas perturbações não são mais bem explicadas por DI

ou por atraso global do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No que tange os padrões de comunicação social, os indivíduos podem apresentar atrasos na aquisição de fala, uso de frases complexas com dificuldades semânticas e pragmáticas, falta de respostas a solicitações de interação, comunicação social, falta de iniciativas para estabelecer interações sociais, dentre outras (VELLOSO, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Em relação aos problemas de comportamento são altamente prevalentes as estereotípias, comportamentos de agressividade e de autoagressividade. O comportamento estereotipado é caracterizado por comportamentos restritos e repetitivos que não apresentam uma função adaptativa. Eles podem ser corporais, vocais e também podem incluir o uso repetitivo e não funcional de objetos (EINFELD; ELLIS; EMERSON, 2011; RAMPAZO, 2011; KHOURI et al., 2014).

Estudos prévios tem descrito a funcionalidade de problemas de comportamento como estereotípias e comportamentos autoagressivos (RAMPAZO, 2011; REED; HIRST; HYMAN, 2012). Esses comportamentos merecem atenção, já que acabam reduzindo as oportunidades de aprendizagem das crianças, fazendo com que o indivíduo se envolva na emissão destes e deixe de prestar atenção a outros estímulos do ambiente, como, por exemplo, participação em brincadeiras, momentos de interação social, atividades educacionais, dentre outras (SAULNIER; QUIRMBACH; KLIN, 2011).

Os comprometimentos nas diferentes áreas relatadas acima, podem oscilar entre leve, moderado e grave. Segundo a 5ª versão do Manual de Classificação Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), os graus de severidade do autismo são descritos na tabela 1.

Tabela 1. Níveis de gravidade para Transtorno do Espectro Autista. Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 1 “Exigindo apoio muito substancial”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais.	A inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos que aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ ou dificuldades de mudar de foco ou ações.
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal, e não causam prejuízos graves no funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/ dificuldade para mudar o foco ou as ações.

Indivíduos com TEA podem ou não ter deficiência intelectual (DI) concomitante. Quando há presença de DI, deverá ser verificado o grau de severidade desta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um dos problemas de comportamento que mais compromete o funcionamento social de um indivíduo com TEA são os de tipo disruptivo manifestos, predominantemente, por acessos de raiva, agitação motora e agressividade física e/ou verbal. Eles interferem no comportamento sócio adaptativo, dificultando o desenvolvimento das habilidades de vida diária, socialização, comunicação, dentre outros

(BEARSS et al., 2012). Esses problemas de comportamento associados às demais características clínicas do transtorno sobrecarregam expressivamente o cuidador principal da criança no ambiente familiar e social (BEARSS et al., 2012; ESTES et al., 2013; FARMER; REUPERT, 2013; DARDAS; AHMAD, 2014). Sobre indicadores dessa sobrecarga familiar em relação ao cuidado de uma criança com TEA tratará o tópico seguinte.

2.2 Indicadores de impacto do Transtorno do Espectro Autista na família

Um diagnóstico de TEA gera mudanças nas atividades de vida diária das famílias, cujos filhos apresentam o transtorno, no qual se deparam com situações e exigências que podem potencializar estresse e tensão emocional. As dificuldades para lidar com os sintomas, o prejuízo cognitivo, atrasos da linguagem e diferentes alterações comportamentais como agressividade, autoagressividade e estereotípias do filho têm sido relatadas pelos pais como fontes geradoras de estresse parental (BENDERIX, et al., 2007; FREULER, et al., 2013).

Estudos mostram que mães de crianças com atraso no desenvolvimento possuem 10 vezes mais chances de desenvolver depressão do que mães de crianças típicas. Eles reportam que pais/cuidadores de indivíduos com TEA passam por maior sensação de desamparo, baixa autoestima, ansiedade e estresse, do que pais de crianças típicas, já que eles vivenciam uma sobrecarga emocional, física e financeira decorrente do cuidado da pessoa, sendo a mãe da criança, a mais afetada (FÁVERO; SANTOS, 2005; PISULA; BENDIXEN et al., 2011).

São poucos os países que têm estimado os gastos dispendidos no cuidado de pessoas com TEA em termos de atendimentos e suportes. Estudos realizados em países desenvolvidos apontam altos custos financeiros que podem atingir bilhões de dólares se considerada toda a sua vida (BUESCHER et al., 2014). Neste, estão incluídos custos com tratamento de saúde, custos relacionados à perda de produtividade pessoal e de membros da família, além de custos não relacionados diretamente com os tratamentos, como por exemplo, transporte aos serviços de saúde, custos com programas educativos

personalizados, supervisão do indivíduo em casa, entre outros (BENDIXEN et al., 2011; BARRETT et al., 2012; BARRETT et al., 2014; BUESCHER et al., 2014).

O estudo de Buescher et al. (2014), realizou uma revisão de literatura nos EUA e Reino Unido para avaliar o custo financeiro gasto com uma pessoa com TEA ao longo do curso de vida. O estudo verificou que grande parte do custo é devido à educação especial na infância (com profissionais especializados), cuidados médicos e perda de produtividade dos pais. Observou-se também que existe diferença entre o gasto dispendido em indivíduos diagnosticados com TEA e indivíduos com TEA e deficiência intelectual, sendo estes últimos superiores. No que se refere aos gastos durante toda vida útil de uma pessoa com TEA, nos EUA o custo foi de aproximadamente US \$ 1,4 milhões, no Reino Unido £ 0, 920,000 (US \$ 1,4 milhões). No que tange indivíduos com TEA e deficiência intelectual, o gasto aproximado nos EUA foi de US \$ 2,4 milhões, no Reino Unido foi £ 1,500,000 (US \$ 2,2 milhões). Os gastos tendem a aumentar com a idade do indivíduo, dessa forma autores ressaltam a importância de intervenções na infância, pois esse seria um meio de melhorar a qualidade de vida do indivíduo com TEA e da própria família, podendo reduzir o custo do atendimento ao longo da vida (BUESCHER et al., 2014).

A identificação precoce de TEA, seguida de uma assistência de qualidade, espera-se um melhor prognóstico e conseqüentemente à redução de custos financeiros e sociais para as famílias e para os sistemas públicos de educação e saúde (BEARSS et al., 2012; STRAUSS et al., 2012; ESTES et al., 2013; ROGERS et al., 2014). Dados relacionados aos custos com TEA no Brasil mostram que gastos públicos e uso de serviços são inferiores aos de países desenvolvidos. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; PIRES, 2008; PAULA et al., 2012). No Brasil, a realidade de diversas famílias parece ser semelhante à descrita em outros países de terceiro mundo, nos quais dificuldades de acesso a serviços de saúde mental na atenção primária são expressivos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; PIRES, 2008; PAULA et al., 2012). Nesse caso, estudos têm sido publicados mostrando como pais podem receber treinamentos, seja individualmente nos próprios domicílios ou intervenções grupais quando as regiões são de difícil acesso (BENDIXEN; ELDER; DONALDSON et al., 2013; FARMER; REUPERT, 2013).

A condição clínica dessas crianças demanda dos cuidadores principais conhecimentos e habilidades para manejo adequado do filho que lhe permitam estimular

nele diversos repertórios comportamentais e habilidades de comunicação (verbais e não verbais). Por exemplo, aumento de interações sociais, amenização de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, aumento de variabilidade de interesses ou atividades em pró de um funcionamento adaptativo, amenização e/ou diminuição e/ou supressão de sintomas como estereotípias motoras e verbais, padrões persistentes e inflexíveis de rotinas diárias, excessos comportamentais frente estímulos sensoriais, dentre outros. São habilidades que geralmente precisam ser treinadas e/ou aprendidas por intermédio de especialistas, contudo devem ser rotineiramente estimuladas pelos cuidadores responsáveis da criança ou adolescente (BEARSS et al., 2012; STRAUSS et al, 2012; ESTES et al; 2013; FREULER et al., 2013; ROGERS et al., 2014).

Estudos sugerem que o envolvimento dos pais no ensino dessas crianças durante todo dia, complementando as horas de serviço dos profissionais, vem mostrando resultados positivos no desenvolvimento das crianças, além de aumentar o conhecimento sobre o quadro clínico do indivíduo e diminuir o estresse relatado pelos pais e/ou cuidadores (STRAUSS, et al., 2012; ESTES et al; 2013; FREULER et al., 2013). O envolvimento do cuidador no tratamento é essencial, já que por meio de orientações adequadas eles podem contribuir para a manutenção de habilidades e comportamentos adequados da criança. Observa-se que eles podem auxiliar no desenvolvimento da comunicação, fazendo com que se torne possível e funcional, também podem contribuir iniciando a criança em jogos de interação, dentre outros comportamentos que possivelmente irão estimular diferentes áreas do desenvolvimento (FÁVERO; SANTOS, 2005; FREULER, 2013; ROGERS et al., 2014).

Focando nesses aspectos, há de ser salientado que os pais precisam ser instruídos e preparados para o manejo adequado dos diferentes sinais e sintomas para poder amenizar os problemas de comportamento sempre que possível, pois são esses problemas os que costumam interferir consideravelmente na adaptação psicossocial das crianças, assim como nas condições de saúde mental dos próprios pais. Na realidade brasileira continuam escassas propostas estruturadas de treinamento.

Programas de treino parental em situação de grupo com foco no manejo de problemas de comportamentos característicos de crianças com TEA podem ser alternativas viáveis e de baixo custo adaptadas ao contexto brasileiro. Da perspectiva de saúde pública recomendam-se formatos grupais para esse tipo de treinamento no intuito de atender mais pessoas, reduzir custos, fomentar a formação de grupos comunitários de suporte social,

possibilitar acesso a informações, dentre outros aspectos (ROUX; SOFRONOFF; SANDERS, 2013).

Atualmente diferentes modalidades de treinamento parentais são implementadas que abrangem intervenções em grupo, aulas que utilizam de mídias com televisão e internet, dentre outras (ROGERS et al., 2012; VISMARA; ROGERS, 2012).

A partir disso, o próximo tópico irá abordar modalidades de intervenção junto a cuidadores de pessoas com TEA.

2.3 Modalidades de intervenção

Vismara e Rogers (2010) relatam a importância dos pais em receber orientações adequadas de manejo, já que estratégias inadequadas de educação prejudicam o desenvolvimento de repertórios comportamentais adequados em crianças (SIEH; VISSER-MEILY; MEIJER, 2013). Famílias com padrões de disciplina inconsistentes, deficiente monitoramento e supervisão e pouco envolvimento positivo com o filho acabam contribuindo com o surgimento de problemas comportamentais em seus filhos (CARVALHO; GOMIDE, 2005; CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006).

Assim como em outros transtornos do neurodesenvolvimento, os estudos mostram que intervenções com crianças com TEA apontam para resultados mais favoráveis quando tem início antes dos cinco anos e é implementada de forma intensiva, com 20 horas semanais ou mais (VISMARA; ROGERS, 2010; STRAUSS, et al., 2012). Os resultados têm sido observados em diferentes áreas do desenvolvimento, por exemplo: melhora na comunicação, aspecto cognitivo e emocional, aumento de indicadores de QI (coeficiente de inteligência) medidos em instrumentos padronizados de avaliação cognitiva, habilidades de autocuidado, comportamentos socialmente adaptativos, dentre outros. Os programas podem incluir as intervenções individuais junto à criança, treino de pais, programas instrucionais junto a colegas, programas de treinamento de professores e outros indivíduos que auxiliem no cuidado diário (VISMARA; ROGERS, 2010; STRAUSS, et al., 2012; ESTES et al., 2013). Ainda, destaca-se que as intervenções com evidências de efetividade são as de orientação desenvolvimentista e as de orientação comportamental (VISMARA; ROGERS, 2010).

Intervenções junto a cuidadores e pais, são modalidades de atendimento em que estes são instruídos sobre diversos temas visando modificar o relacionamento com seus filhos,

a diminuição de problemas de comportamento, além de incentivar comportamentos pró-sociais das crianças (KAZDIN; KRAEMER, KESSLER et al., 1997; KAZDIN, 2005; LABBADIA; CASTRO, 2008). Proporcionar aos pais informações e capacitá-los no manejo de problemas comportamentais se configura uma opção com resultados promissores sobre a qualidade vida das crianças e dos próprios pais (VISMARA; ROGERS, 2010; BEARSS et al., 2015).

Bearss e colaboradores (2015) destacam dois programas principais de formação para pais/cuidadores, a implementação e o suporte parental.

Na implementação parental a aprendizagem da técnica é foco de intervenção, nesse modelo os pais são envolvidos ativamente na mudança do comportamento de seu filho, ou seja, a criança tem um benefício direto. Pode se observar esse modelo no estudo de Vernon et al. (2012), que visou avaliar as diferenças de resposta social das crianças quando os pais iniciaram oportunidades de aprendizagem de linguagem. O treinamento ocorreu de 3 – 4 vezes por semana, durante uma hora, e contou com a participação de 3 pais de crianças com autismo na faixa etária de 2 – 4 anos. Eles receberam orientações individuais com base no treino de respostas pivotais (Ensino pivotal é um procedimento baseado na Análise do Comportamento, que acontece no contexto natural da criança), a partir disso, os pais criam oportunidades de comunicação, sinalizando para criança a necessidade de fazer uma tentativa de comunicação, e se a criança responder adequadamente ela recebe o objeto desejado. No estudo as crianças apresentaram melhora nos indicadores de funcionamento social, incluindo contato visual, iniciação verbal, afeto positivo da criança, afeto positivo do pai e engajamento sincronizado (intervalo de tempo em que o pai e a criança estavam direcionados simultaneamente a afetar de forma positiva um ao outro na mesma atividade).

No que tange o programa de suporte parental, o conhecimento é o foco, ele é voltado para fornecer ganhos aos pais e a criança tem um benefício indireto. Nesse modelo estão compreendidas as intervenções relacionadas com psicoeducação (BEARSS et al., 2015).

Programas de psicoeducação visam orientar os pais sobre características do transtorno, instruí-los no uso de estratégias para resolução dos problemas de comportamento, mostrar intervenções empiricamente comprovadas, assim como aquelas que não possuem validade científica. A redução de estresse e o apoio mútuo entre os pais, também é foco de intervenção, fazendo com que eles possam compartilhar experiências

peçoais (FARMER; REUPERT, 2013; SMITH; GREENBERG; MAILICK, 2014; BEARS et al., 2015)

Os programas de psicoeducação podem abordar vários temas ou aspectos, geralmente são oferecidos em períodos de curta duração (entre 6 e 12 encontros) e podem ser conduzidos em grupo ou individualmente (FARMER; REUPERT, 2013; SMITH; GREENBERG; MAILICK, 2014). Estudos mostram eficácia desses programas de psicoeducação em famílias de indivíduos com condições psiquiátricas como esquizofrenia e transtorno bipolar, porém estudos de psicoeducação em pais/cuidadores de pessoas com TEA ainda é limitado (FARMER; REUPERT, 2013).

No que tange as abordagens dos programas de psicoeducação, observa-se que eles se baseiam em diferentes tipos, dentre elas as comportamentais. Beaudoin, Sébire e Couture (2014) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de verificar quais eram as abordagens dos programas de treinamento de pais usados para crianças de 0 a 36 meses com diagnóstico de TEA. Nessa revisão eles utilizaram as bases de dados eletrônicas: CINAHL, ERIC, PUBMED, MEDLINE e PsycINFO, nelas foram encontrados 15 artigos que cumpriram o critério de inclusão. Foram verificados oito artigos que utilizavam intervenções sócio pragmáticas, como por exemplo o modelo *Floortime*, que visa seguir a liderança da criança por meio de atividades espontâneas; sete deles eram artigos que utilizavam estratégias comportamentais baseado no modelo de Lovaas. Matthews e Hudson (2004) ressaltam que as intervenções com cuidadores devem se basear em abordagens que possuem evidências científicas. A abordagem comportamental de modelos de intervenção para pessoas com TEA tem como embasamento teórico e técnico a Análise do Comportamento (MATTEWS; HUDSON, 2004). A Análise do Comportamento Aplicada é um dos modelos de intervenção que tem mostrado evidências de eficácia no tratamento de indivíduos com TEA (MATTEWS; HUDSON, 2004).

Smith, Greenberg e Mailick (2014) propuseram um estudo sobre programa de psicoeducação para pais de 10 adolescentes com TEA. Esse programa teve objetivo de reduzir o estresse e problemas de comportamentos dos pais, além de melhorar a qualidade de vida dos adolescentes com TEA e seus pais. Ele consistiu em 10 sessões, 8 em grupo, e duas individuais. Nas sessões em grupo foram trabalhados os temas sobre TEA na idade adulta, serviços de saúde e educação, estratégias para manejo de comportamento problema, questões legais (testamentos, tutela dentre outros) e bem-estar dos pais. Ao

final do estudo foram verificadas mudanças positivas na redução do estresse e melhora na qualidade de vida dos pais e filhos.

Sendo um número expressivo de programas de intervenção junto a pais baseados nos pressupostos teóricos da Análise do Comportamento, sobre essa abordagem tratará o seguinte tópico.

2.4 Análise do Comportamento

A partir disso, observa-se que uma das finalidades mais importantes da Análise do Comportamento é descrever e explicar as diretrizes gerais sobre como ocorre a aquisição, manutenção, aumento ou extinção de comportamentos a partir das relações estabelecidas entre estes e o ambiente em que os mesmos ocorrem (MARTIN; PEARS, 2009). Duas áreas de pesquisa e/ou aplicação pertencem à Análise do Comportamento. Uma é a Análise Experimental do Comportamento (AEC) e a outra, a Análise Aplicada do Comportamento. A AEC tem como finalidade a produção de conhecimentos de forma empírica a partir do método experimental em contextos eminentemente controlados. Já a Análise Aplicada do Comportamento é uma área de investigação conceitual e empírica, porém aplicada em função de necessidades humanas. De maneira resumida a mesma se define em termos de intervenção e aplicação do conhecimento produzido pela Análise Experimental do Comportamento e utilizada nas práticas profissionais tradicionalmente identificadas como psicológicas (MARTIN; PEARS, 2009). Sendo assim a dimensão técnica do uso do termo ‘aplicada’ em Análise do Comportamento significa aplicação como prestação de serviços e como pesquisa (MARTIN; PEARS, 2009).

O objeto de estudo do analista do comportamento é a investigação das contingências ou contextos de interações entre o comportamento e o ambiente em seu efeito cumulativo sobre o desempenho dos organismos (animais e humanos). Skinner (1981) reconhece e descreve dois tipos de comportamentos: os operantes e os respondentes. Os comportamentos respondentes, são inatos, fazem parte da herança filogenética do indivíduo, como por exemplo: piscar os olhos, a salivação, o suor. Já os comportamentos operantes, são aprendidos e a manutenção desses comportamentos ocorre a partir de uma relação funcional que se estabelece entre o comportamento emitido e a consequência que ele próprio produz e que por ela é modificado. As consequências produzidas pelo comportamento, determinarão em algum grau a probabilidade do comportamento ocorrer

novamente ou não. Dessa forma a maneira como um indivíduo se comporta é aprendida no seu ambiente físico e social, sendo este último composto pelas pessoas ao seu redor, como por exemplo, pais/cuidadores (MARTIN; PEARS, 2009).

Para entender a função de um comportamento, precisamos verificar a relação entre o organismo e o ambiente, ou seja, precisamos observar a situação antecedente (estímulos ou eventos que estavam presentes antes do comportamento ocorrer), comportamento emitido pelo indivíduo e a consequência (relação entre a resposta e os estímulos produzidos por ela). A partir dessa relação, denominada contingência, tanto o organismo quanto o ambiente se modificam (SKINNER, 1981).

O controle de comportamento pelos estímulos consequentes entendido como relação funcional, parte do pressuposto de que as consequências de nossos comportamentos influenciam as ocorrências futuras destes, no sentido de uma maior ou menor frequência. Chamamos de ‘consequências de reforço positivo’ aqueles eventos produzidos pelo comportamento que aumentam a probabilidade de ocorrência do mesmo. Sendo assim, essas relações entre o ambiente e o comportamento são denominadas de contingências de reforçamento positivo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Para determinar se um estímulo é um reforçador ou se uma consequência é um reforço, deve ser considerada a relação entre o comportamento e sua consequência. Destacamos que as consequências de reforçamento positivo não influenciam ou controlam apenas comportamentos adequados; elas também mantêm ou aumentam a frequência de comportamentos inadequados ou indesejados (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). As consequências de reforço negativo permitem, mediante a emissão de um comportamento, a retirada/remoção ou a prevenção de um estímulo ou evento aversivo. Decorrente desta consequência reforçadora negativa a resposta aumenta a probabilidade de a mesma ocorrer novamente no futuro.

Estudos mostram que os pais fazem uso de diversas estratégias parentais no manejo de comportamento de seus filhos, dentre elas, oferecer atenção, elogio, carinho, broncas, atender seus pedidos, colocar de castigo, bater, dentre outros. Dessa maneira, a depender das consequências oferecidas pelos pais, após o comportamento da criança, eles podem contribuir para o desenvolvimento de repertórios adequados ou de comportamentos indesejados (VISMARA; ROGERS, 2010).

Outro princípio básico da Análise do Comportamento é a avaliação e a análise funcional. Parte-se do pressuposto que todos os comportamentos são funcionais. Isso significa que eles são úteis para atingir um objetivo comportamental e, por essa razão, são selecionados e fazem parte do repertório de comportamentos de um determinado indivíduo. Uma avaliação funcional tem como finalidade a determinação da função de um determinado comportamento ou classe de comportamentos (isto significa que poderá haver comportamentos distintos topograficamente, que por ter a mesma função podem ser agrupados em classes de comportamentos). Uma análise funcional é aquele procedimento mediante o qual são definidas causalmente as variáveis das quais um determinado comportamento ou classe comportamental é função e, conseqüentemente, essas variáveis são manejadas para estabelecer os efeitos destas sobre um comportamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Carr e LeBlanc (2003) relatam possíveis funções dos comportamentos, dentre eles: receber atenção, ou seja, o resultado do comportamento do indivíduo resulta em receber atenção de outras pessoas; receber item tangível: muitas vezes o resultado do comportamento do indivíduo resulta em ter acesso a itens materiais; fuga de demanda: após se comportar de uma determinada forma, o indivíduo consegue sair de uma situação aversiva; reforçamento automático: alguns comportamentos não dependem da ação de outras pessoas para eles se manterem, o próprio comportamento resulta em um reforçamento sensorial no indivíduo

Esses princípios básicos da AEC desenvolvidos por Skinner permitiram o desenvolvimento de diversos procedimentos de manejo e modificação comportamental que serviram em diversos modelos de pesquisa animal e na Análise Aplicada do Comportamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Alguns dos procedimentos desenvolvidos foram a modelagem com ênfase no reforçamento diferencial, a modelação, a extinção, a aprendizagem sem erro e o controle aversivo baseado no uso da punição.

O procedimento de modelagem foi descrito por Skinner no ensino de novos repertórios comportamentais ou no fortalecimento dos já existentes, ele é usado quando se deseja instalar um novo comportamento, ou aumentar a frequência de uma resposta já existente, porém com baixa frequência. Segundo Moreira e Medeiros (2007) a modelagem é um procedimento de reforçamento diferencial de aproximações de um comportamento alvo, ou seja, respostas alvo vão sendo reforçadas, e outras respostas similares não.

Quando uma resposta que passou por uma história de contingências de reforçamento não for mais reforçada, ou seja, se houver uma quebra da relação entre a resposta e consequência, ocorre um processo denominado de extinção. A extinção de comportamento gera uma diminuição da frequência do comportamento, porém, além de diminuir a frequência do responder ela produz outros efeitos, dentre eles: aumento na frequência da resposta em um primeiro momento, aumento da variabilidade da topografia (forma do comportamento), e eliciação de respostas emocionais, como raiva, ansiedade, frustração, dentre outros (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; MARTIN; PEAR, 2009; ABREU; GUILHARDI, 2014).

Outro procedimento básico da análise do comportamento, é a punição. O uso da punição aparece frequentemente no relato dos pais/cuidadores na tentativa de diminuir os comportamentos inadequados. Quando um evento punitivo (aversivo) é apresentado imediatamente após a resposta do indivíduo, faz com que a probabilidade do comportamento de ocorrer novamente diminua de frequência (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; MARTIN; PEAR, 2009; ABREU; GUILHARDI, 2014).

O uso da punição como estratégias de ensino gera controversas desde a década de 80, já que seu uso causa diversos efeitos colaterais no repertório comportamental do indivíduo, dentre eles: respostas emocionais como tremores, taquicardia, sudorese, choro, além de em geral diminuir a frequência da resposta na presença do agente punidor, ou seja, quando as contingências punitivas forem removidas, o indivíduo pode voltar a apresentar os comportamentos. Diversos autores recomendam o uso de métodos não aversivos, como o uso do reforçamento positivo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; MARTIN; PEAR, 2009; ABREU; GUILHARDI, 2014).

Outro procedimento básico baseado na Análise do Comportamento é a aprendizagem sem erro. Define-se mediante a programação de uma hierarquia de dicas de respostas, em que um acompanhante oferece ajuda necessária para o indivíduo realizar uma tarefa. Essa ajuda pode ser simultânea a resposta (vir junto com a resposta), ou atrasada (vir após alguns segundos). Dentre os tipos de ajuda, pode-se encontrar, ajuda física, em que o acompanhante pega na mão da criança e auxilia o movimento de realização da tarefa; pode ser também gestual, em que é apresentado o gesto de apontar para indicar como a tarefa deve ser realizada; verbal; e também pode ocorrer o uso de estímulos visuais, como imagens e/ou palavras, ajudando na probabilidade da resposta correta (TERRACE, 1963; SIDMAN; STODDARD, 1967; GREEN, 2001; CALLAHAN

et al., 2010). A aprendizagem sem erro tem se mostrado uma diretriz importante das intervenções comportamentais. Este procedimento quebrou grandes paradigmas na educação, já que durante décadas, muitos educadores acreditavam que para aprender a criança precisava errar. Hoje, já se sabe que oferecer uma aprendizagem sem erro favorece a motivação e aprendizagem da criança, além de evitar efeitos emocionais como: ataques de birra, comportamento agressivo e tentativas de fuga, já que o erro consome um tempo valioso do processo de aprendizagem e aumenta a probabilidade de se tornar aversiva (TERRACE, 1963; SIDMAN; STODDARD, 1967; GREEN, 2001; MARTIN; PEAR, 2009).

A partir dessas definições de princípios e procedimentos apresenta-se uma das intervenções comportamentais mais tradicionais e de robusta eficácia utilizadas no Autismo, que ficou conhecida como intervenção ABA (*Applied Behavior Analysis*) desenvolvido por Lovaas (1979). Esta intervenção desenvolvida por Lovaas parte dos princípios básicos da Análise do Comportamento. Desde seus primórdios a intervenção incentivava aos profissionais o treinamento de pais para seu uso em contextos naturais (LOVAAS, 1979, SCHOPLER, 1979).

Existem relatos na literatura de que ensinar os pais/cuidadores sobre os princípios, procedimentos e métodos de manejo de comportamento relatados, oferece subsídios para estimulação no ensino naturalista, aproveitando oportunidades de ensino que ocorrem na vida diária, como por exemplo: horário das refeições, hora do banho, vestir, brincar, entre outros, favorecendo nos seus filhos, o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e a diminuição de comportamentos inadequados. É por meio dos cuidadores que os comportamentos aprendidos em uma situação estruturada podem ser mantidos e generalizados para outros ambientes. Proporcionar aos pais informações sobre procedimentos para manejo de problemas de comportamento se configura uma opção com possibilidades promissoras em termos de funcionamento adaptativo das crianças e qualidade de vida dos próprios pais (LOVAAS et al., 1973; VISMARA; ROGERS, 2010; STEINER et al., 2013; STRAUS et al., 2013).

O estudo de Bearss et al. (2012) realizou uma intervenção para formação de pais de crianças com TEA e comportamento disruptivo. A intervenção foi baseada na análise do comportamento e consistiu em 11 sessões individuais, duas opcionais, duas visitas domiciliares e 3 sessões de reforço (duas por telefone e um encontro). O estudo contou com 16 pais de crianças de 3 até 6 anos e 11 meses. Os encontros tiveram como tema,

análise funcional do comportamento, uso de reforçamento, ensino de comunicação funcional, e as sessões opcionais tiveram como objetivo o ensino de habilidade de vida diária. O treinamento teve duração de uma hora e meia por semana, nos atendimentos os pais tiveram instruções diretas, atividades práticas, feedback e role-playing para realizar aquisição das habilidades dos filhos. Ao final do treinamento as crianças foram reavaliadas e observou-se redução nos comportamentos disruptivos e ganhos no funcionamento adaptativo. Os pais também relataram mudanças positivas em relação as atividades de vida diária, como por exemplo uso de toalete, maior tempo de permanência a hora da refeição, entre outros.

Dessa forma observa-se que no contexto brasileiro se faz necessário que sejam desenvolvidas e testadas intervenções que contemplem modalidades em assistência em situação grupal. A partir do disso foram formulados os objetivos do estudo.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar evidências empíricas de eficácia de um programa psicoeducativo parental para manejo de dificuldades comportamentais de crianças com TEA.

3.2 Objetivos específicos

- a) Elaborar uma proposta/estrutura de programa de intervenção para cuidadores de indivíduos com TEA.
- b) Verificar se houve diferença nas estratégias de manejo comportamental dos cuidadores, pré e pós intervenção.
- c) Verificar diferenças nos indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos cuidadores pré e pós intervenção.
- d) Verificar indicadores de satisfação dos cuidadores com um programa psicoeducativo e potencial de uso no contexto familiar de educação.
- e) Verificar diferenças nos padrões de funcionamento comportamental das crianças pré, pós intervenção e seguimento.

4.MÉTODO

4.1 Local de realização do estudo

O projeto foi desenvolvido na sede da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Barueri, região metropolitana de São Paulo. O município de Barueri está localizado a 29 km da capital, possui uma área de 64 km², 100% urbanizada, que abriga quatro distritos: Centro (30 km²), Aldeia de Barueri (20 km²), Jardim Belval (8 km²) e Jardim Silveira (6 km²). Possui 274.201 habitantes fixos, uma população flutuante de cerca de 170 mil pessoas e uma densidade demográfica de 4.178 habitantes por km². Barueri é um dos dez municípios de maior concentração populacional do Estado de São Paulo (Relatório do II Censo da Pessoa com Necessidades Especiais de Barueri, 2008).

4.2 Participantes

A amostra seguiu critérios de conveniência sob desenho quase-experimental. Foi composta por 8 meninos entre 5 a 11 anos (média de 8 anos; desvio padrão de 1,93), e seus respectivos cuidadores responsáveis entre 22 a 63 anos (média de 38,4 anos; desvio padrão de 15,95), dentre eles haviam 5 mães, um pai, uma madrasta e uma avó. O critério de inclusão das crianças foi o diagnóstico de TEA estabelecido de acordo com os critérios clínicos para TEA da 5ª edição do Manual de Classificação Diagnóstica e Estatística dos Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), e estarem regularmente matriculadas em escolas públicas do Ensino Fundamental I do município de Barueri. O diagnóstico foi efetuado por equipe multidisciplinar do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie composta por Psicólogos e Geneticista. Junto com a avaliação diagnóstica, foram aplicados instrumentos de avaliação cognitiva^{1,2} para estimativa de indicadores de rebaixamento intelectual. Nessa avaliação seis crianças não responderam aos

¹ Teste Não Verbal de Inteligência SON-R2 ½-7 (LAROS; JESUS; KARINO, 2013).

² Escala de Inteligência Wechsler para crianças –WISC III (crianças de 6 a 16 anos): foram utilizados os subtestes Cubos e Vocabulário para estimativa de quociente de inteligência estimado (MELLO et al., 2011).

instrumentos, elas apresentaram diversos comportamentos disruptivos, como gritar, correr, jogar e rodar objetos, dentre outros. As duas crianças que responderam a aplicação do instrumento, tiveram resultado do quociente de inteligência: 106 (classificação média) e 73 (classificação limítrofe). O critério de inclusão dos cuidadores foi exercer o papel do cuidado por, pelo menos 6 horas diárias.

Na tabela 2 abaixo, apresenta-se a caracterização sociodemográfica das famílias participantes do estudo. Observa-se que 50% delas se encontravam na classificação B2 e o restante nas classes mais baixas C, D e E de acordo com o modelo da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas-ABEP (2015).

Tabela 2. Distribuição socioeconômica dos pais/cuidadores.

Critério Brasil	N	%
A	0	0,00%
B1	0	0,00%
B2	4	50,0%
C1 – C2	3	37,5%
D-E	1	12,5%

No que tange ao uso de serviços utilizado pelas crianças, observa-se na tabela 3 que, durante todo período do programa e no período de seguimento ou *follow up*, sete crianças receberam atendimentos em serviços públicos, entre eles o Centro de atenção psicossocial (CAPS) e/ou Associação de pais e amigos dos Excepcionais (APAE), e apenas uma utilizou o serviço público e privado (Atendimento psicopedagógico) ao mesmo tempo.

Tabela 3. Uso de serviços de atendimento à saúde mental pelas crianças com TEA.

Uso de serviços	Fase Pré		Fase Pós		Fase de Follow up	
	n	%	n	%	n	%
Particular	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Público	7	87,5%	7	87,5%	7	87,5%
Público-particular	1	12,5%	1	12,5%	1	12,5%

A tabela 4 mostra os tipos de serviços que as crianças utilizaram durante o período de intervenção e acompanhamento, dentre eles: Atendimento Educacional Especializado (AEE), Psicólogo, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Neurologista/Psiquiatra infantil, Equoterapia e Psicopedagoga. Foi verificado também que aproximadamente 87% das crianças faziam uso de medicação. Observa-se que o uso de serviços pelas crianças

se modificou no decorrer do estudo, sendo que no período do seguimento do estudo 50% das crianças ficaram sem o atendimento fonoaudiológico.

Tabela 4. Caracterização dos tipos de serviços utilizados pelas crianças da amostra.

Serviço		Fase Pré intervenção	Fase Pós intervenção	Follow up
Uso de medicação	Sim	87,5%	75,0%	75,0%
	Não	12,5%	25,0%	25,0%
Neuropediatra/Psiquiatra infantil	Sim	87,5%	62,5%	75,0%
	Não	12,5%	37,5%	25,0%
Atendimento educacional especializado	Sim	75,0%	100%	100%
	Não	25,0%	0,0%	0,0%
Psicólogo	Sim	100%	100%	75,0%
	Não	0,0%	0,0%	25,0%
Terapeuta ocupacional	Sim	62,5%	50,0%	50,0%
	Não	37,5%	50,0%	50,0%
Equoterapia	Sim	25,0%	50,0%	50,0%
	Não	75,0%	50,0%	50,0%
Fonoaudióloga	Sim	100%	100%	50%
	Não	0,0%	0,0%	50%
Psicopedagoga	Sim	10,0%	10,0%	10,0%
	Não	90,00%	90,00%	90,00%

4.3 Considerações éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie mediante apresentação de projeto e documentos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob protocolo 36687614.5.0000.0084. Os participantes receberam a Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme requerimentos éticos de pesquisa com seres humanos, que foi lida para apreciação e assinada.

4.4 Instrumentos

✓ **Instrumentos referente aos comportamentos dos pais:**

- a) **Formulário para avaliação de dados demográficos e socioeconômicos:** foram coletadas informações para caracterização do cuidador em termos de idade, escolaridade e nível socioeconômico. A avaliação do nível socioeconômico foi realizada segundo o Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015). Este instrumento mede o poder aquisitivo das famílias baseando-se na posse de bens de consumo duráveis, presença de empregadas mensalistas e instrução do chefe da família. A partir as informações fornecidas pelos pais/cuidadores, são pontuados escores e estes são estratificados nas seguintes classes: A, B1, B2, C1, C2, D e E.
- b) **Inventários de Auto-Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR/18-59):** o inventário é composto por questões que avaliam indicadores de funcionamento adaptativo e social bem como por 126 itens que avaliam indicadores de dificuldades emocionais e comportamentais. Os itens e questões permitem gerar três tipos de perfis: a) Perfil que contém a escala de funcionamento adaptativo que avaliam as áreas educação, trabalho, amigos, família e companheiro; b) Perfil da escala das síndromes que incluem as seguintes escalas no ASR: ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo e intrusivo; c) Perfil das escalas orientadas pelo DSM composto por problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção com hiperatividade, problemas de personalidade antissocial, transtornos de comportamento e problemas de personalidade evitativa. Também são geradas perfis para problemas de comportamento internalizantes (Escala de Problemas Internalizantes composta pela soma dos escores dos problemas ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas que estão incluídos no perfil das síndromes); perfis para

problemas de comportamento externalizantes (Escala dos Problemas Externalizantes que inclui a soma dos problemas referentes a comportamento agressivo, comportamento de quebrar regras e comportamento intrusivo, também incluídos no perfil das síndromes; perfis para problemas totais de comportamento (Escala de Problemas Totais) e, finalmente uma Escala que avalia uso de substâncias. (ACHENBACH; RESCORLA, 2001; 2004).

- c) **Inventário de autoavaliação de adultos com 60 ou mais anos (OASR/60-90+):** o inventário é composto por questões que avaliam indicadores de funcionamento adaptativo e social bem como por 123 itens que avaliam indicadores de dificuldades emocionais e comportamentais. Os itens e questões permitem gerar três tipos de perfis: a) funcionamento adaptativo, que é composto pela escala de amigos; cônjuge/parceiro; pontos fortes pessoais b) escala das síndromes: ansiedade/depressão, preocupações, queixas somáticas, comprometimento funcional, problemas de memória/cognição, problemas com o pensamento e irritabilidade; c) escalas orientadas pelo DSM: problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas relacionados a demência, problemas psicóticos e problemas de personalidade antissocial. Também é gerado perfil de problema de comportamento total (ACHENBACH; RESCORLA, 2001; 2004).
- d) **Inventário de Estilo Parental (IEP):** este inventário é composto por 42 questões que correspondem as sete práticas educacionais, sendo duas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco práticas educativas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). Para cada prática educativa estão distribuídas aleatoriamente no inventário, seis questões. O IEP apresenta-se de duas formas, uma quando os filhos respondem sobre as práticas educativas utilizadas pelos pais (Práticas Educativas Paternas e Práticas Educativas Maternas) e outra forma que será utilizada nessa pesquisa, quando os pais respondem sobre as práticas educativas usadas com seus filhos. O índice de Estilo Parental calcula-se somando-se as práticas positivas e subtraindo-se deste total a soma das práticas negativas. Os valores obtidos variam de +24 (estilo parental excelente) a -60 (estilo parental de

extremo risco). O índice de Estilo Parental é o resultado da incidência das práticas parentais utilizadas na educação dos filhos, ou seja, quanto mais negativo, maior a influência das práticas negativas com consequência adversativas sobre o comportamento de filhos (GOMIDE, 2006).

- e) **Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref:** é um instrumento desenvolvido pelo Grupo de qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Consta com 26 questões sendo duas perguntas gerais sobre qualidade de vida e as outras representando as 24 facetas do Whoqol-100, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref é uma versão reduzida do WHOQOL-100, a utilização desse instrumento com o grupo de pais permitirá a obtenção de informações de como eles se sentem a respeito da qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida (FLECK, 2000).
- f) **Questionário sobre principais dificuldades dos pais/cuidadores (Anexo I):** o questionário foi desenvolvido pela autora do projeto para que os pais/cuidadores relatassem quais os principais comportamentos que afetavam suas vidas. O questionário foi composto por 12 tópicos pré-definidos, entre eles: comportamento de birra, dificuldade de interação social, dificuldade de comunicação, estereotipia, agressividade, auto agressividade, e habilidade de vida diária (troca de roupa, alimentação, higiene pessoal), e brincar. Os pais/cuidadores deveriam marcar um 'x' nos tópicos que mais afetavam suas vidas, e ao lado descrever os comportamentos das crianças naquela situação e qual era a dificuldade em lidar com aquele comportamento. A partir desse questionário foi elaborado o treinamento com assuntos de interesse relatados por eles.
- g) **Checklist - para controle de cumprimento das orientações por parte do cuidador (Anexo II):** foi composto por sete temas relatados no programa de treinamento de pais, dentre eles: envolvimento em comportamento adequado, reforçamento de comportamento adequado, identificação de estímulos antecedentes, seguimento de instrução, comunicação funcional, brincar,

diminuição de comportamento inadequados. Os pais respondiam semanalmente se conseguiram utilizar aquela estratégia ou não. Após o treinamento, foi realizada uma reunião para esclarecimento de dúvidas sobre o *ckecklist*.

h) **Questionário sobre satisfação dos cuidadores com o programa** (especialmente o potencial de uso no contexto familiar de educação) (**Anexo III**): o instrumento previu que, na fase pós-intervenção e seguimento, os cuidadores avaliassem a viabilidade de uso das ações do programa no dia-a-dia das rotinas familiares.

i) **Registro de diário de acompanhamento**: caderno no qual a pesquisadora registrava diversos eventos relatados pelos cuidadores. Após a finalização de cada encontro era registrado as falas e comentários dos cuidadores.

✓ **Instrumentos referentes aos comportamentos das crianças:**

a) **Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL/1½5)**: o inventário prevê que o cuidador responda aos itens com base nos últimos seis meses. Cada um dos itens sobre problemas de comportamento é preenchido atribuindo 0 – quando o item não é verdadeiro, 1 - quando o item é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro e, 2 - quando o item é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). A seguir, apresenta-se uma breve descrição das escalas que o compõem: - Escalas das síndromes: composta pelas escalas Emoção Reativa, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas de Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo. Pontuações abaixo de 65 escores T são consideradas normais, entre 65 e 70- limítrofe e, acima de 70 se localizam na faixa clínica de problemas de comportamento. - Escalas dos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais: a escala de problemas internalizantes abrange a soma das escalas Emoção Reativa, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento; a escala de Problemas Externalizantes é composta pelas escalas Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo. Já a escala de Problemas Totais é formada pela soma dos problemas de todas as escalas do CBCL/1½-5.

Pontuações abaixo de 60 escores T são consideradas normais, entre 60 e 63-limítrofe e, acima de 63 se localizam na faixa clínica de problemas de comportamento. - Escalas orientadas pelo DSM: abrangem as escalas Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Invasivos do Desenvolvimento, Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio. Como no Perfil das escalas das síndromes, as escalas orientadas pelo DSM são comparadas com amostras normativas para a idade e sexo. Pontuações abaixo de 65 escores T são consideradas normais, entre 65 e 70 - limítrofe e, acima de 70 se localizam na faixa clínica de problemas de comportamento. De acordo com recomendação de Achenbach (*apud* SANTOS; SILVARES, 2006) e como replicado no estudo brasileiro de Santos e Silvares (2006), nas análises estatísticas das escalas do CBCL/1½-5, a faixa limítrofe foi agrupada à faixa clínica para que se minimizasse a ocorrência de crianças classificadas como não clínicas pelo perfil do inventário.

- b) **Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18):** é um instrumento que prevê que o cuidador responda aos itens com base nos últimos seis meses. Cada um dos itens sobre problemas de comportamento é preenchido atribuindo 0 - se o mesmo não é verdadeiro para a criança ou adolescente, 1 - se o item é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro e, 2 - se o item é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). O CBCL/6-18 oferece indicadores de competências nas escalas de realização de atividades, desempenho escolar e socialização. Nas perguntas relacionadas a competências para realização de atividades e socialização o cuidador avalia a criança ou adolescente em termos de tempo dedicado a essas atividades e qualidade de desempenho em comparação com pares da mesma idade. Os itens que compõem a escala de realização de atividades são: número e tipo de esportes, brincadeiras, passatempos, número de organizações e/ou clubes que frequenta e tarefas da vida cotidiana realizadas pela criança ou adolescente. Os itens da escala de competências sociais são: número de amigos, número de vezes que se encontra com os amigos fora da escola, qualidade das interações sociais com pares, irmãos e pais. As perguntas que avaliam o desempenho escolar verificam se as

habilidades nas matérias escolares são percebidas como melhor, igual, pior ou abaixo da média exigida pela escola. Os problemas de comportamento do inventário são agrupados também em escalas. São elas as escalas das síndromes compostas por isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com o pensamento, problemas de atenção, isolamento e depressão, violação de regras e comportamento agressivo. As escalas orientadas pelo DSM são problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de oposição e desafio, problemas de conduta. A padronização do instrumento também oferece problemas de comportamento da escala de problemas internalizantes (isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas), escala de problemas externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) e escala total de problemas emocionais e comportamentais. Para todas as escalas do inventário o CBCL/6-18 oferece pontos de corte a partir de escores T podendo classifica-las em clínica, limítrofe ou normal. Para as escalas de competências de realização de atividades, desempenho escolar, socialização e prática de esportes as classificações são: normal (escores T acima de 35); limítrofe (escores T entre 30 e 35) e clínico (escores $T \leq 29$). Para as escalas que avaliam problemas de comportamento a padronização do instrumento permite classificar os escores T padronizados em normal (escores abaixo de 65), limítrofe (escores entre 65 e 69) e clínico (escores ≥ 70) (ACHENBACH; RESCORLA, 2001; ROCHA et al., 2012; BORDIN et al.; 2013). Estudo internacional de padronização das escalas de problemas de comportamento do instrumento classificou o Brasil para pontos de corte de classificação no grupo 3. E, baseado nessa padronização foram calculados os escores T de classificação dos participantes no CBCL (RESCORLA et al., 2012).

- c) **Inventário de Problemas Comportamentais (BPI-01)** (Versão Brasileira): é uma escala de avaliação específica do comportamento para uso em pessoas com deficiência intelectual de todas as idades e níveis de funcionamento, é respondida por um cuidador com base nos últimos 2 meses. Avalia diferentes tipos de problemas de comportamento de acordo com os padrões de estereotipia,

autoagressividade e agressão/destruição. O instrumento prevê que o cuidador identifique comportamentos conforme a seguinte escala de frequência de ocorrência deste (nunca = 0, mensalmente = 1, semanalmente = 2, diariamente = 3, o tempo todo = 4) e, outra escala relacionada à gravidade do problema, que varia de 1 a 3 (leve = 1, moderado = 2, grave = 3) (BARALDI et al., 2013). Estudo de validação do instrumento mostrou indicadores de *validade* convergente adequados entre as escalas do BPI-01 e o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos-CBCL/6-18 e o Autism Screening Questionnaire-ASQ. Os valores dos coeficientes Alfa de Cronbach mostraram propriedades estatísticas adequadas de fidedignidade da versão brasileira do instrumento Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18) (BARALDI et al., 2013; BARALDI et al., 2013; BARALDI, ROJAHN, SEABRA et al., 2013).

- d) **Escala de Comportamento Atípico (ABC):** a escala prevê que o cuidador responda a 58 itens de comportamentos cuja escala de pontuação varia entre 0 (não é problema); 1 (o comportamento é um problema, mas em grau leve); 2 (o problema tem gravidade moderada) e grau 3 (o problema é grave). Os itens são divididos em cinco escalas: (I) Irritabilidade, Agitação, Choro com 15 itens; (II) Letargia, Isolamento Social com 16 itens; (III) Comportamento estereotipado com sete itens; (IV) Hiperatividade, Desobediência com 16 itens e (V) Linguagem imprópria com quatro itens. A escala pode ser preenchida por diferentes informantes e permite que o relato possa ser feito com base em contextos distintos também, por exemplo, casa, escola, creche e consultório (AMAN, SINGH, STEWART et al., 1985). O instrumento permite avaliar comportamentos não adaptativos e adaptativos quando associado a outros instrumentos de avaliação comportamental global. Existe versão em português com a respectiva adaptação cultural (LOSAPIO et al., 2011).
- e) **Questionário sobre uso de serviços de saúde mental (Anexo IV):** Esse questionário foi desenvolvido pela autora do projeto, para verificar e acompanhar o uso de medicação e o tipo de serviço que as crianças utilizavam.

f) **Programa Psicoeducativo Parental:** Foi desenvolvido pela autora cuja finalidade foi orientar os pais sobre características do transtorno, instruí-los no uso de estratégias para resolução dos problemas de comportamento dos filhos e informar sobre tipos de estratégias intervenções comportamentais com eficácia empiricamente comprovadas. Sobre esse último aspecto os pais também foram instruídos sobre como implementar essas estratégias e realizar os devidos acompanhamentos. Na tabela 5 pode ser verificada a operacionalização semanal do programa psicoeducativo que foi conduzido.

Tabela 5. Especificidades do Programa Psicoeducativo Parental em função de temas abordados, objetivos e material utilizado.

Encontro	Tema	Objetivos/Procedimentos	Material
1°	Caracterização clínica do TEA.	Instruir os pais sobre os principais indicadores clínicos comportamentais do TEA, critérios clínicos com destaque nos comprometimentos nas áreas comportamental, sensorial, relacional e social.	Slides
2°	Estratégias de manejo comportamental. Parte I	-Tema abordado: O que é comportamento; tipos de comportamento (operante e respondente); reforço, aprendizagem sem erro, tipos de dicas. - Orientação: foi entregue para os pais um resumo dos tópicos abordados nesse encontro. Esse resumo foi preparado pela pesquisadora. - Foi realizado atividade de role-play sobre brincar, utilizando as estratégias apresentadas no encontro. -Orientação para preenchimento de <i>Checklist</i> para controle de cumprimento das orientações por parte do cuidador.	Slides e role-play.
3°	Estratégias de manejo comportamental. Parte II	-Verificação dos <i>Checklists</i> . - Revisão do tema abordado no encontro passado. -Tema desse encontro: Punição, extinção de comportamento e reforçamento diferencial. - Foi realizado atividade de role-play sobre brincar, utilizando as estratégias apresentadas no encontro.	Slides e role-play
4°	Estratégias de manejo comportamental. Parte III	- Verificação dos <i>Checklists</i> . -Treinar os pais no passo-a-passo da identificação e manejo de problemas de comportamentos. -Tema abordado: Avaliação funcional para identificar as variáveis controladoras de comportamentos inadequados. - Atividade para casa: foi entregue uma folha para os pais/cuidadores realizarem uma avaliação funcional de dois comportamentos das crianças. - Orientação: Foi entregue um resumo dos tópicos abordados nesse encontro. Esse resumo foi preparado pela pesquisadora.	Slides
5°	Estratégias de manejo Comportamental Parte IV	- Verificação dos <i>Checklists</i> . - Tema abordado: Pistas visuais; economia de fichas; quadro de rotina; e Comunicação funcional: <i>Picture Exchange Communication System</i> (PECs). - Orientação: Foi entregue um resumo dos tópicos abordados nesse encontro. Esse resumo foi preparado pela pesquisadora.	Slides

6°	Estratégias de manejo Comportamental Parte V	-Verificação dos <i>Checklists</i> . -Tema abordado: Avaliação funcional. Nesse encontro foi discutido a folha de avaliação funcional que os pais/cuidadores preencheram sobre o comportamento de seus filhos. Cada caso foi discutido em grupo, verificando se as contingências descritas estavam corretas, e qual seria uma possível função do comportamento. Além dessa discussão, foi abordado também, estratégias de manejo para modificar o comportamento inadequado relatado pelos pais/cuidadores.	Slides
7°	Estratégias de manejo Comportamental Parte VI	Verificação dos <i>Checklists</i> . - Tema abordado: Estratégia para trabalhar habilidade de vida diária.	Slides
8°	Estratégias de manejo Comportamental Parte VII	Verificação dos <i>Checklists</i> . Nesse encontro foi realizada revisão dos conteúdos apresentados, e foi realizada discussão sobre 3 casos levados pela pesquisadora do projeto. Nessa discussão os pais foram estimulados em grupo a fazer uma avaliação funcional e pensar em uma hipótese para a função do comportamento descrito.	Slides

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os cuidadores, cujos filhos tinham o diagnóstico de TEA de acordo com os critérios de inclusão adotados, foram convidados a participar do estudo, por meio de um convite enviado pela secretaria municipal de educação de Barueri. A participação foi voluntária. Eles foram informados que em qualquer etapa do estudo teriam o direito de retirar a permissão de participação, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Após a aceitação dos cuidadores, foi realizado um encontro, nas dependências da Secretaria de Educação do Município de Barueri em sala privativa, para aplicação dos instrumentos relatados. Para evitar viés nos dados coletados a aplicação dos instrumentos foi feito por duas psicólogas neutras (que não fizeram parte do projeto).

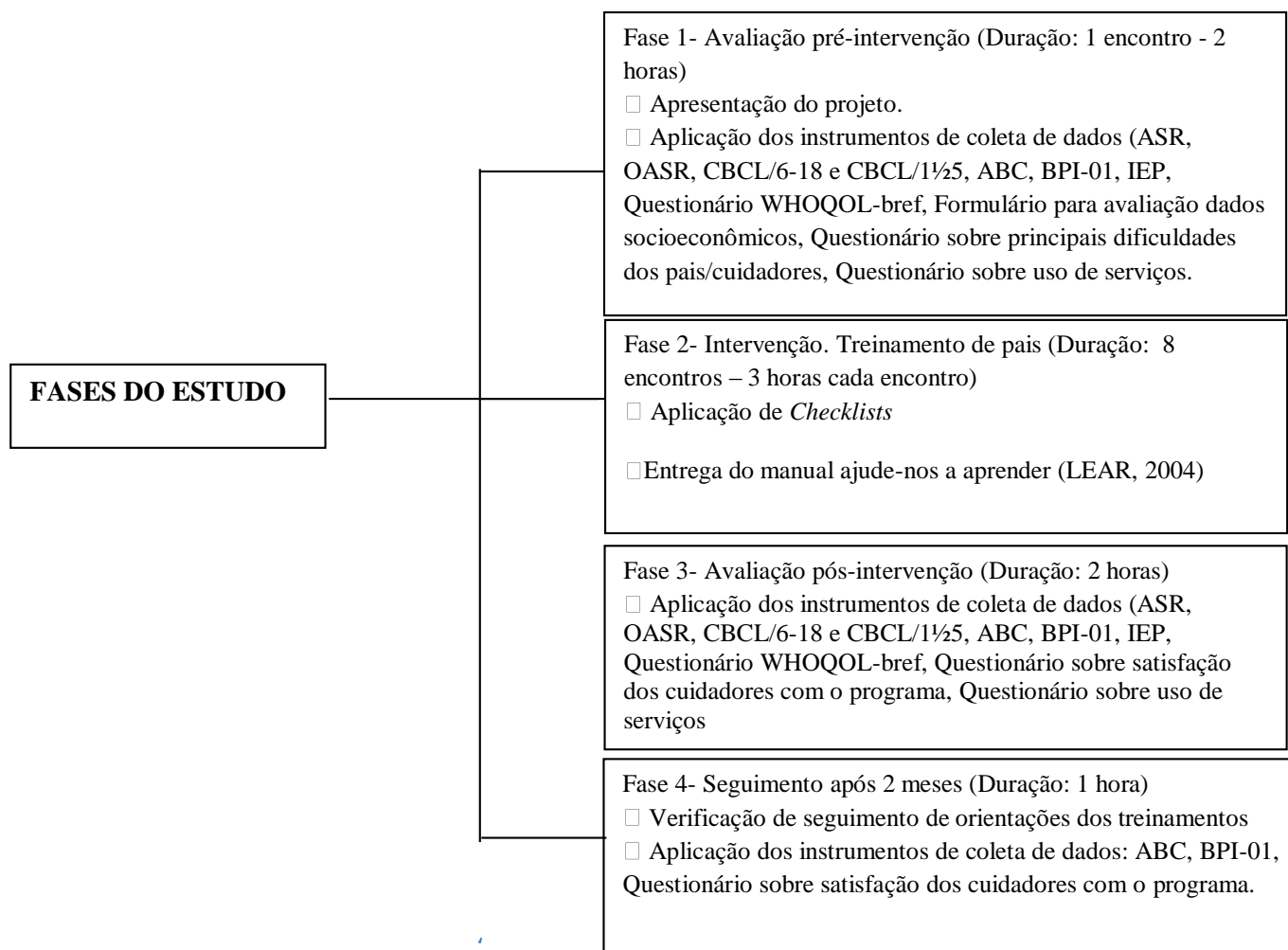
O programa foi conduzido pela pesquisadora do projeto e constituiu em oito encontros, uma vez por semana, com duração de 3 horas cada, totalizando 24 horas de intervenção. Eles constituíram em aulas teóricas e práticas, em que os cuidadores realizavam atividades de role play, no qual um tema era proposto, como por exemplo brincar e nesta um cuidador fazia o papel de pai e outro o papel da criança, nesse momento era colocado em prática as orientações passadas e todos poderiam colocar o seu ponto de vista sobre a forma adequada de manejar o comportamento. Além disso, em todos os encontros foram realizadas discussões em grupo sobre o tema da aula.

Durante o treinamento os cuidadores receberam semanalmente *Checklists* para verificação da aplicação dos conteúdos apresentados no encontro, esse registro foi preenchido em casa e devolvido para pesquisadora em todos os encontros. Ao entregar o registro, a pesquisadora realizava uma discussão sobre as estratégias que eles haviam conseguido utilizar ou não.

Além desse *Checklists*, eles receberam 3 resumos dos encontros durante o treinamento, esses resumos foram elaborados pela pesquisadora com base nos temas abordados, dentre eles: desenvolvendo comportamentos adequados, pistas visuais e avaliação funcional. Foi orientado que os cuidadores levassem os resumos para casa e tentassem estimular a criança baseado nas orientações passadas. No último dia de treinamento foi entregue o manual ajude-nos a aprender (LEAR, 2004), e após, foi marcado um novo encontro para a realização da avaliação pós-intervenção. Foi conduzida também uma medida de seguimento após 2 meses na qual foram aplicados os instrumentos: Escala de Comportamento Atípico (ABC) (AMAN et al., 1985) e o Inventário de Problemas Comportamentais (Versão Brasileira) (BARALDI, 2010; BARALDI et al., 2013; BARALDI et al., 2013).

Na figura 1 apresenta-se o fluxograma de execução com as especificidades da execução do programa.

Figura 1. Fluxograma de execução.



4.6 Procedimentos de análise de dados

O programa Assessment Data Manager 7.2 (ADM) auxiliou na geração dos escores brutos dos inventários comportamentais CBCL/1½-5, CBCL/6-18, ASR e OASR/60-90+. As análises do instrumento ASR foram agrupadas ao instrumento OASR/60-90+, sete cuidadores responderam ao ASR, devido à idade, e um cuidador respondeu ao OASR/60-90+. Essa análise foi realizada em três escalas de problemas de comportamento, problemas internalizante, externalizante, e totais, porém, os dados do instrumento OASR/60-90+ apenas foram contemplados na escala de problemas de comportamento totais. Os demais instrumentos foram corrigidos conforme as especificações de seus

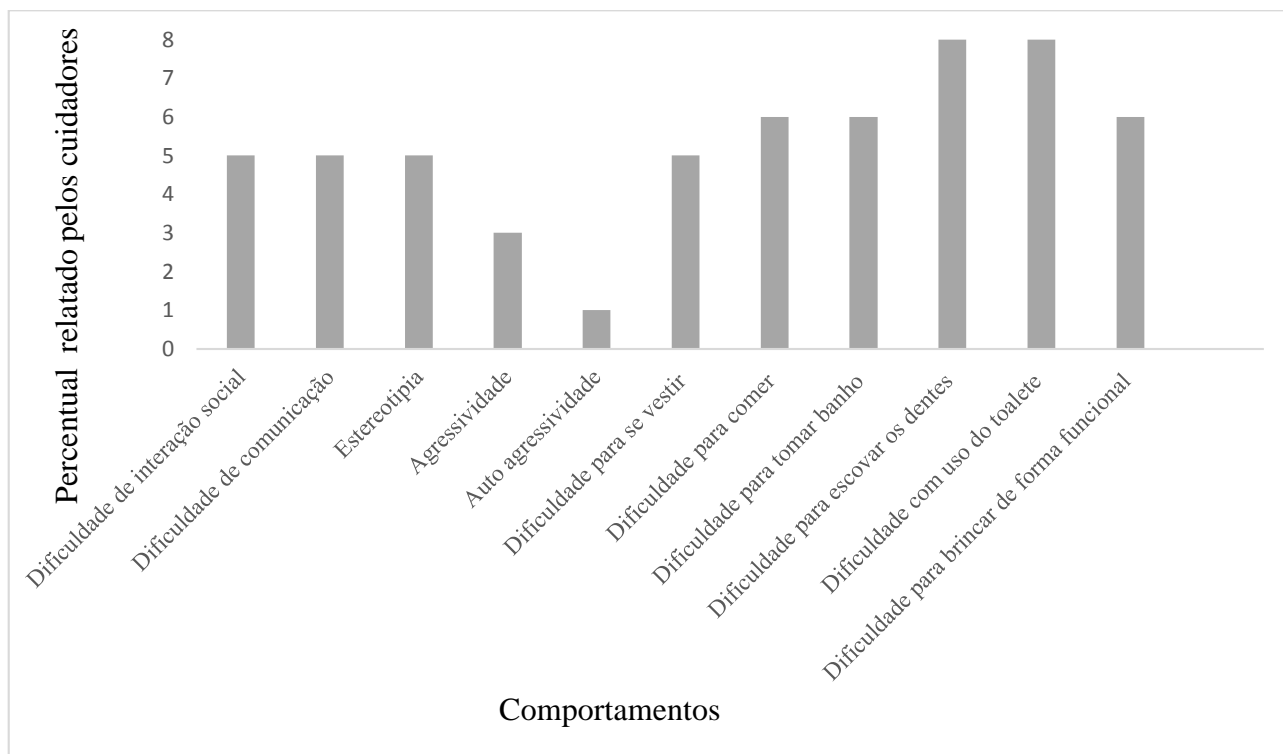
manuais de aplicação e correção. As análises quantitativas dos dados foram realizadas com auxílio do SPSS, versão 19.0. Foram realizadas análises quantitativas descritivas e análises estatísticas inferenciais para verificar possíveis diferenças estatisticamente significativas entre as fases do programa psicoeducativo, em função do fator tempo (pré, pós e seguimento). Optou-se pela utilização de testes não paramétricos, pois o conjunto de dados possui uma baixa amostragem (inferior a 30 sujeitos). Assim, o Teorema do Limite Central, não garante que a distribuição tenda a uma distribuição normal, que é o pressuposto básico para a utilização de técnicas paramétricas. Para comparar dados de instrumentos que foram aplicados nas fases pré, pós e seguimento utilizamos o teste de Friedman e quando foram comparados dados entre as fases pré e pós foi utilizado o Teste de Wilcoxon.

Foi realizada também uma análise qualitativa dos registros diários de acompanhamento que permitiu registrar diversos relatos dos pais antes, durante e após o treinamento.

5.RESULTADOS

Na avaliação pré-intervenção, os cuidadores descreveram quais eram as principais dificuldades em lidar com seus filhos de acordo com os itens pré-selecionados. Na figura 2 observam-se as categorias de dificuldades.

Figura 2. Principais categorias de dificuldades relatadas pelos cuidadores



A partir da figura 2 pode se perceber que os cuidadores experienciam mais dificuldades para o ensino de repertórios comportamentais relacionados a habilidades de vida diária, dentre elas: troca de roupa, alimentação, higiene pessoal, e também atividades referentes ao brincar de forma funcional.

Durante o período de treinamento, observou-se que 2 cuidadores compareceram em 100% dos encontros, 5 compareceram em 90% e apenas 1 participou de 70% dos dias. Em cada encontro eles receberam um *checklist* para controle de cumprimento das orientações que continham sete estratégias de estimulação e de manejo comportamental referentes aos temas abordados nos encontros do programa, de acordo com o descrito na tabela 5. Como apresentado no método, nos *checklists* os cuidadores preenchiam em relação ao uso das estratégias; marcando 'sim' (quando usaram a estratégia) ou, 'não' (quando não utilizaram a estratégia). Na tabela 6 verifica-se o resultado do uso das estratégias durante as sete semanas de duração do programa psicoeducativo.

Tabela 6. Resultados dos checklists referentes ao uso estratégias de estimulação e de manejo comportamental.

Semanas	Estratégias de estimulação e de manejo comportamental						
	<u>Envolvimento em comportamentos adequados</u>	<u>Reforçamento positivo de comportamentos adequados</u>	<u>Identificação de estímulos antecedentes</u>	<u>Seguimento de instruções</u>	<u>Comunicação funcional</u>	<u>Brincar</u>	<u>Uso de reforçamento diferencial para diminuição de comportamentos inadequados</u>
1	88%	100%	88%	88%	88%	75%	75%
2	100%	88%	100%	100%	75%	75%	75%
3	100%	100%	100%	100%	25%	75%	75%
4	100%	100%	100%	100%	60%	60%	80%
5	100%	100%	100%	100%	75%	75%	80%
6	100%	100%	100%	100%	80%	80%	80%
7	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%

Observa-se que com o decorrer das semanas de execução do programa, o uso das estratégias foi aumentando. Das sete estratégias listadas, seis delas (envolvimento em comportamento adequado, reforçamento positivo de comportamento adequado, identificação de estímulos antecedentes, seguimento de instruções, brincar, uso de reforçamento diferencial para diminuição de comportamentos inadequados) chegaram a ser utilizadas por 100% dos cuidadores na última semana de intervenção.

A seguir, na tabela 7 serão apresentados os resultados referentes à verificação de diferenças nos padrões de funcionamento comportamental das crianças nas fases pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, mediante uso do BPI-01. A verificação de diferenças estatisticamente significativas entre as fases foi analisada a partir do teste de Friedman.

Tabela 7. Valores médios de frequência e severidade de problemas de comportamento de AutoAgressão, Agressividade e Estereotipia do Inventário de Problemas de Comportamento nas três fases da execução do programa parental psicoeducativo.

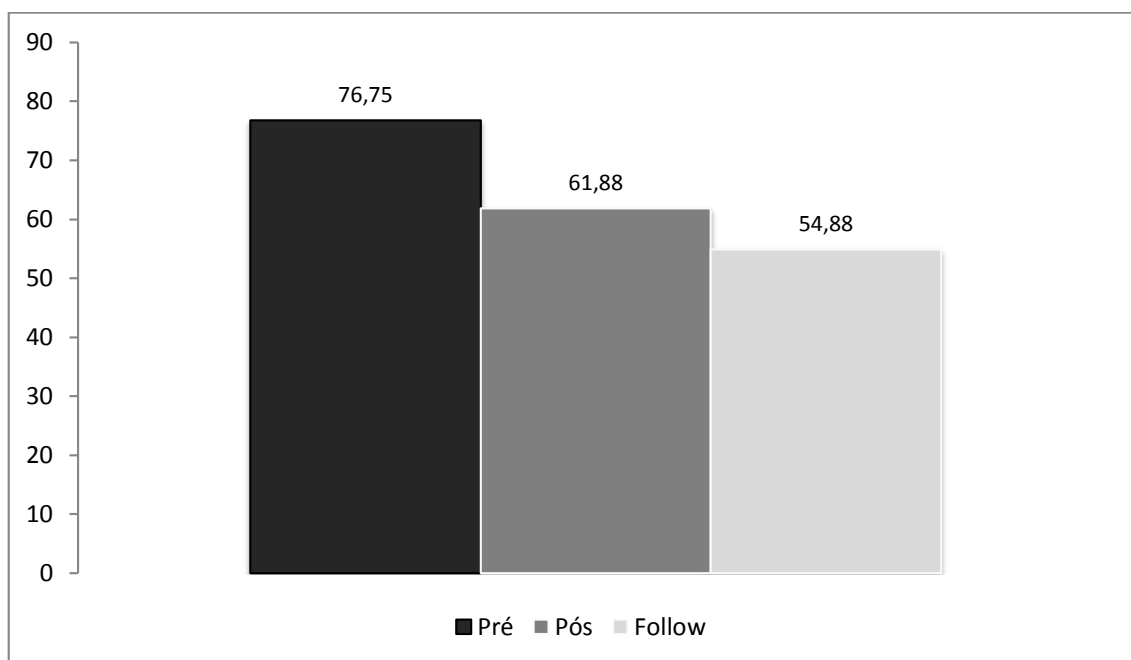
BPI		Média	Mediana	Desvio Padrão	N	P-valor	
Auto Agressão	Frequência	Pré	7,13	5	5,84	8	0,39
		Pós	7,75	7	3,99	8	
		Seguimento	5,88	5	4,94	8	
Estereotipia	Frequência	Pré	32,63	29,5	10,39	8	0,03
		Pós	31,25	34	11,59	8	
		Seguimento	20,63	21	16,19	8	
Agressividade	Frequência	Pré	2,00	2	2,00	8	0,14
		Pós	5,25	4	5,87	8	
		Seguimento	6,50	7	5,71	8	
Autoagressão	Severidade	Pré	5,50	4	6,02	8	0,36
		Pós	5,75	4,5	3,96	8	
		Seguimento	4,13	3,5	4,09	8	
Estereotipia	Severidade	Pré	19,88	18	7,66	8	0,07
		Pós	21,00	23,5	8,25	8	
		Seguimento	13,63	13,5	11,49	8	
Agressividade	Severidade	Pré	1,50	1	1,69	8	0,15
		Pós	3,75	3	3,54	8	
		Seguimento	4,63	3,5	4,60	8	

Verifica-se que houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de frequência da escala de estereotipia entre as três fases ($p=0,03$) passando de 32,63 (pré-intervenção) para 31,25 (pós-intervenção) e 20,63 (seguimento). Na média de pontuação de severidade de estereotipia houve resultado marginalmente significativo ($p=0,07$), havendo também uma diminuição da avaliação pré para o seguimento. No que se refere à pontuação da subescala de autoagressão houve uma diminuição tanto na frequência (pré-intervenção 7,13, pós-intervenção 7,75, seguimento 5,88; $p\text{-valor} = 0,396$), quanto na severidade (pré-intervenção 5,50 pós-intervenção 5,75, seguimento 4,13; $p= 0,36$),

entretanto as diferenças não foram estatisticamente significativas. Nos problemas de comportamento de agressividade verificou-se um aumento nas fases pré-intervenção (média 2,00), pós-intervenção (média 5,25), seguimento (média 6,50), mas as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,14$). No que tange à severidade da agressividade também houve um aumento durante as três fases: pré-intervenção (média 1,50), pós-intervenção (média 3,75), seguimento (média 4,63), porém também não foram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,15$).

Outros indicadores de funcionamento comportamental verificados nas crianças, foram avaliados mediante uso da Escala ABC. Na figura 3 observam-se os resultados das pontuações obtidas na escala nas três fases de execução do programa.

Figura 3. Pontuações totais de problemas de comportamento em função da Escala ABC nas três fases da execução do programa parental psicoeducativo.

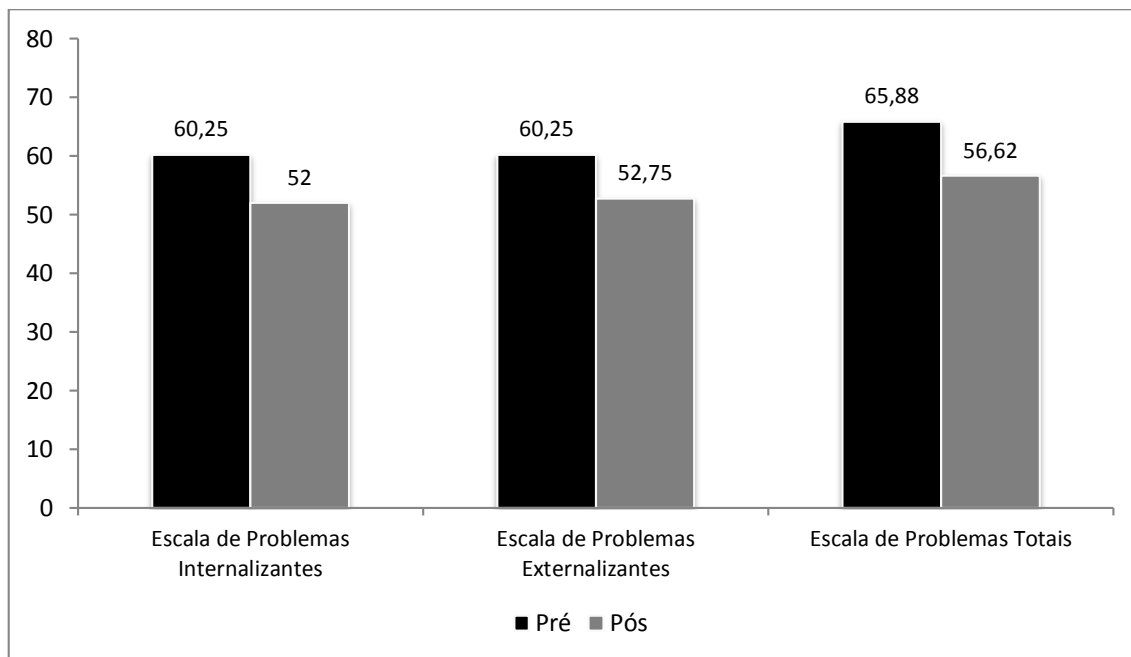


Na figura 3 verifica-se que houve uma diminuição nas pontuações obtidas na escala ABC entre as fases pré-intervenção, pós-intervenção e de seguimento. De acordo com teste de Wilcoxon foram confirmadas diferenças estatisticamente significativas entre as fases com valor de $p=0,04$.

Os resultados da avaliação comportamental das crianças mediante uso dos inventários de comportamentos para crianças e adolescentes CBCL/1½5 e CBCL/6-18 apresentam-se na figura 4. Para a comparação foram escolhidos os escores brutos das

escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais com compatibilidade entre os dois instrumentos.

Figura 4. Escore total médio das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais dos inventários de comportamentos para crianças e adolescentes CBCL/1½5 e CBCL/6-18, em duas fases da execução do programa parental psicoeducativo.



Verifica-se que houve uma diminuição de problemas internalizantes nas duas fases avaliadas, pré-intervenção (média 60,25), pós-intervenção (média 52), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa de acordo com teste de Wilcoxon ($p=0,12$). Nas escalas de problemas de comportamento do tipo externalizantes e problemas totais também houve uma diminuição, sendo constatado diferença estatisticamente significativa em ambas as escalas com valor de $p=0,05$.

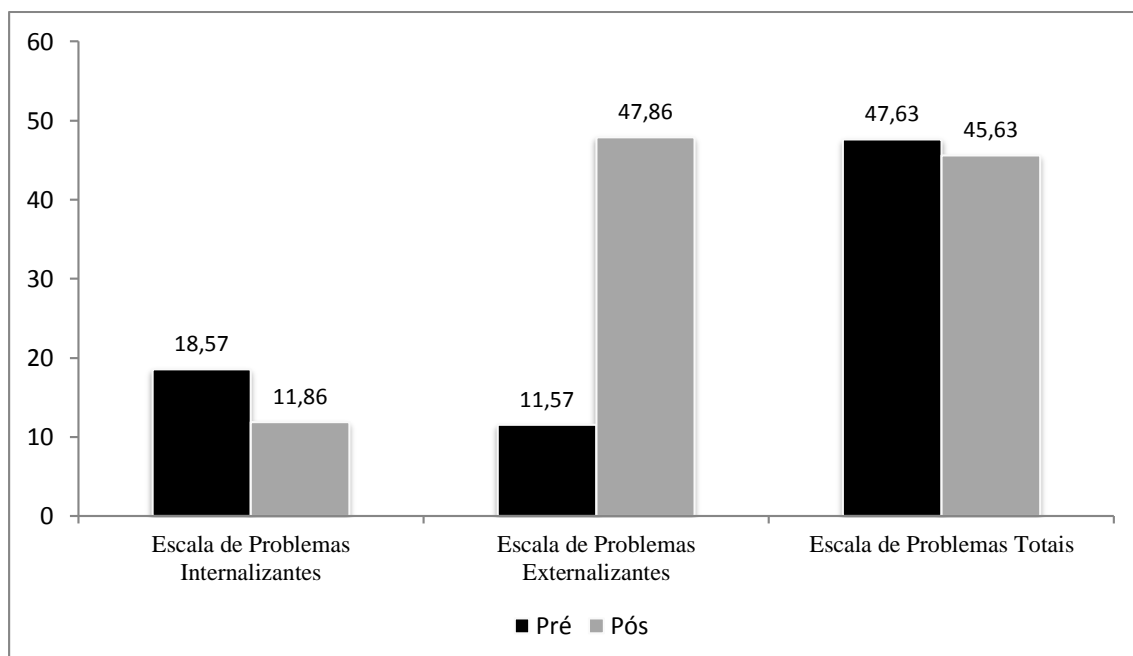
Os resultados referentes a indicadores de qualidade de vida dos cuidadores, mediante uso do WHOQOL-bref nas fases pré e pós do programa são mostrados na tabela 8. Para verificar possíveis diferenças estatisticamente significativas nesse índice em duas das três fases de execução do programa foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Observa-se que, apesar de um discreto aumento nos índices entre as fases pré e pós, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles.

Tabela 8. Valores médios obtidos no WHOQOL-bref nas fases pré e pós-intervenção do programa parental psicoeducativo.

WHOQOL-bref	Índice de Qualidade de Vida Geral	
	Pré	Pós
Média	15,50	15,75
Desvio Padrão	2,33	2,92
n	8	8
P-valor	0,71	

A figura 5 mostra os dados obtidos na aplicação do Inventário de Auto-Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR) e de adultos com 60 ou mais anos (OASR).

Figura 5. Escore bruto médio das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais dos inventários ASR e OASR em duas fases da execução do programa parental psicoeducativo.



Observa-se na figura 5, que nas escalas de problemas de comportamento de tipo internalizantes e totais houve diminuição na média dos escores brutos. Entretanto, a diferença entre as fases pré e pós foi estatisticamente significativa apenas para os escores da escala de problemas internalizantes, de acordo com o teste de Wilcoxon ($p=0,04$). Na escala de problemas totais o valor de p foi de 0,31 (não significativo). Já os escores brutos da escala de problemas externalizantes apresentaram um aumento das fases pré (média

11,57) à pós-intervenção (média 47,86), com diferença estatisticamente significativa de acordo com o teste de Wilcoxon ($p=0,01$).

Também foram comparados os estilos educativos parentais em duas das três fases do programa. A comparação foi feita em função dos dados obtidos no instrumento IEP que avaliou sete tipos de práticas educativas (práticas negativas – punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico; práticas positivas – monitoria positiva e comportamento moral). Na tabela 9 são descritos os resultados dessa análise qualitativa que mostra a distribuição dos estilos em função do número de cuidadores.

Tabela 9. Distribuição dos cuidadores de acordo com o uso das práticas educativas parentais nas fases pré e pós do treinamento parental.

Classificação dos Estilos de Práticas Educativas Parentais	Fase pré-intervenção			Fase pós-intervenção		
	Ótimo	Regular	Risco	Ótimo	Regular	Risco
Monitoria Positiva	1	6	1	0	5	3
Comportamento Moral	0	6	2	0	2	6
Punição Inconsistente	5	1	2	4	3	1
Negligência	3	3	2	3	5	0
Disciplina Relaxada	1	2	5	3	4	1
Monitoria Negativa	1	4	3	1	5	2
Abuso Físico	3	2	3	3	3	2
IEP Total	2	5	1	0	4	4

Legenda: IEP: Inventário de Estilos Parentais

Comparando as duas fases pré e pós intervenção na tabela 9, pode se perceber uma diminuição na quantidade de pais classificados no índice de risco para os comportamentos de punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada e monitoria negativa e abuso físico. Entretanto observa-se um aumento nos comportamentos de monitoria positiva, comportamento moral e no índice de estilo parental total. O teste de Wilcoxon verificou

diferenças estatisticamente significativas entre as fases pré e pós intervenção para os escores de monitoria positiva ($p=0,04$) e disciplina relaxada ($p=0,02$).

Após a finalização do programa os cuidadores avaliaram o grau de satisfação e aplicabilidade deste na rotina do dia-a-dia deles. Os resultados podem ser observados na tabela 10. Na mesma apresentam-se as comparações de frequência mediante uso do teste de Igualdade de Duas Proporções. A partir da tabela 10 verifica-se que 87,5% da amostra de cuidadores manifestou satisfação com o programa, conseguindo utilizar as estratégias que foram orientadas, e apenas 12,5% relatou que estava um pouco satisfeito, não conseguindo aplicar todas as estratégias.

Tabela 10. Resultados sobre avaliação de indicadores de satisfação e aplicabilidade do programa psicoeducativo recebido na fase pós-intervenção.

Indicadores/Frequência	Não		Sim		p-valor
	N	%	N	%	
Os temas das aulas estavam de acordo com seu interesse e necessidade?	0	0,0%	8	100%	<0,001
O programa falou sobre assuntos novos, que você não tinha conhecimento?	0	0,0%	8	100%	<0,001
O conteúdo das aulas foi explicado de forma clara e simples?	0	0,0%	8	100%	<0,001
Durante as aulas você compreendeu o que estava sendo explicado?	0	0,0%	8	100%	<0,001
Você conseguiu aplicar no seu dia os conhecimentos adquiridos durante o programa?	0	0,0%	8	100%	<0,001
Você acredita que o conhecimento adquirido no curso lhe ajuda a lidar melhor com seu filho?	0	0,0%	8	100%	<0,001
O programa atingiu sua expectativa?	1	12,5%	7	87,5%	0,003
O programa deixou de abordar algum assunto que você considera importante?	8	100%	0	0,0%	<0,001

Depois de finalizado o programa, houve um período de 2 meses em que os cuidadores continuaram com as suas rotinas de vida. Após esses dois meses novamente foram verificados indicadores de utilidade do programa quanto à aplicabilidade das estratégias. Na tabela 11 mostram-se os resultados.

Tabela 11. Resultados sobre avaliação de indicadores de satisfação e aplicabilidade do programa psicoeducativo recebido na fase de seguimento.

Indicadores	Não		Sim		p-valor
	N	%	N	%	
Você teve vontade de aplicar as orientações adquiridas durante o programa?	0	0,0%	8	100%	<0,001
Você conseguiu aplicar no seu dia os conhecimentos adquiridos durante o programa?	0	0,0%	8	100%	<0,001
Você acredita que o conhecimento adquirido no curso lhe ajuda a lidar melhor com seu filho?	0	0,0%	8	100%	<0,001

No período de seguimento observou-se que 100% dos cuidadores manifestaram interesse em aplicar as orientações oferecidas no programa, e de fato 100% referiu que as utilizou na vida diária. Além disso, eles relataram que acreditam que o conhecimento adquirido lhes ajudou a lidar melhor com seus filhos.

A partir disso, percebe-se nos registros diários de acompanhamento que durante o treinamento houve mudanças no manejo de comportamento dos filhos pelos cuidadores: ‘Tenho tentado apresentar mais brinquedos para o meu filho, e fazer com que ele brinque de forma funcional’; ‘Meu filho tinha acesso a tudo que ele queria, agora eu tirei os objetos do alcance, e quando ele deseja algo, ajudo ele apontar o que quer’; ‘Meu filho não comia nada sozinho, tudo eu tinha que dar na boca, fui ensinando do jeito que aprendi aqui, e agora ele já come com colher, o próximo passo vai ser usar o garfo’. Além desses relatos, observa-se também mudanças nos comportamentos das crianças pós intervenção: ‘Eu tenho ignorado vários comportamentos do meu filho, antes ele dava muito trabalho na hora de dormir, ficava gritando, pulando, era muito difícil colocar ele na cama. Agora eu ignoro esses comportamentos, em primeiro momento ele começa a fazer outras coisas para chamar a minha atenção, mas depois percebe que eu não vou ligar e vai sozinho deitar. Tem dias que eu olho e ele já foi dormir sozinho’; ‘Antes ele não parava sentado nem um minuto para comer, hoje ele fica uns 5 minutos, não é muito, mas já fica’; ‘Antes de vir aqui eu dava banho nele, agora faço ele me ajudar, vou falando as partes do corpo

e pegando a mão dele para fazer o movimento de esfregar, ele tem me ajudado’; ‘Conseguo compreender melhor os comportamentos e necessidades do meu filho’.

Percebe-se que alguns aspectos podem ter contribuído para o uso das estratégias de manejo comportamental, verifica-se isso nos relatos a seguir: ‘É bom poder compartilhar o meu dia com outros pais, as vezes a gente acha que só nós passamos por isso’; ‘Me sinto mais viva, hoje eu sei que posso fazer algo pelo meu filho, por mais que pareça difícil’; ‘O treinamento devolveu a minha autoestima, me sinto mais valorizada, mais cuidada; ‘Me sinto mais forte para continuar a jornada’; Me sinto muito orgulhosa quando saio de casa com uma pasta na mão para vir pra cá, antes eu ficava em casa o dia todo’; ‘Conseguo colocar o filho na Equoterapia, uma mãe do grupo me passou o contato do lugar, e eu consegui uma vaga’.

Entretanto, nota-se também relatos que dificultaram o uso das estratégias: ‘É difícil estimular meu filho, se eu faço algo que foge da rotina dele, ele acaba ficando muito nervoso. Muitas vezes eu deixo de estimular para evitar uma crise dele’. ‘Os profissionais que atendem meu filho, faltam muito, nesse momento estamos sem o atendimento fonoaudiológico, mas eu estou cobrando toda semana, pois sei o quanto esse atendimento é importante para ele’; ‘Tenho buscado cada vez mais os direitos do meu filho, dentre eles ter uma atendimento de qualidade nos serviços que ele frequenta, venho cobrando os profissionais sobre o trabalho que realizam com ele’; ‘Estou tentando colocar o meu filho em outro lugar para fazer intervenção, aonde ele frequenta não é bom, todas as mães aqui do curso já me disseram isso’.

6. DISCUSSÃO

O relato dos cuidadores em relação ao uso das estratégias mostrou que com o decorrer do programa houve um aumento da utilização de estratégias por eles nas rotinas diárias de manejo comportamental dos filhos. Seis das sete estratégias listadas na tabela 6 chegaram a ser utilizadas por 100% dos cuidadores na última semana da vigência do programa. Esse resultado é positivo, pois mostra como eles puderam desempenhar um papel pró-ativo na implementação das diferentes estratégias do programa. Como mostrado nos resultados dos *checklists* da tabela 6, eles participaram no estabelecimento de estimulações para a aquisição de comportamentos adequados dos filhos e diminuição de taxas de ocorrência de comportamentos inadequados. Considerando a complexidade clínica do TEA, os percentuais de adesão relatados pelos cuidadores à utilização das estratégias foram adequados.

Programas psicoeducativos como o utilizado no estudo podem oferecer aos cuidadores conhecimentos adequados sobre a função dos comportamentos dos filhos com TEA e com isso favorecer o desenvolvimento de repertórios de autoconfiança para auxiliar o desenvolvimento de novas habilidades (VISMARA; ROGERS, 2010).

Estudo de Bailley e Blair (2015) também verificou a viabilidade e eficácia de modelo de intervenção focado em famílias que tinham entre seus membros crianças com TEA. O estudo foi desenvolvido junto a três famílias e avaliou a adesão destas à intervenção a partir de mudanças nos indicadores comportamentais dos filhos. Assim como no presente estudo, os autores também verificaram índices elevados de fidelidade ao programa de intervenção e diminuição dos problemas de comportamento dos filhos.

A verificação de mudanças nos padrões de funcionamento comportamental de acordo com o BPI-01 mostrou diferenças entre as médias de frequência nas fases pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento na escala de comportamentos estereotipados e autoagressivos, assim como também uma tendência a diferença estaticamente significativa no indicador de severidade da escala de comportamentos estereotipados. Na escala de estereotipias foram verificadas diferenças estatisticamente significativas e na de autoagressividade apenas houve diminuição sem diferença estatística significativa (tabela 7). Esses dados vão de encontro ao estudo de Rampazo (2011), no qual a autora relata que o ensino de novas habilidades, dentre elas: brincar, comunicação funcional, atividades motoras, interação entre pares, atividades de vida diária, ensino de habilidades acadêmicas, dentre outras podem contribuir para redução desses comportamentos. A partir disso, observa-se que os pais conseguiram utilizar as estratégias do programa

aplicando-as no convívio com seus filhos, tendo como consequência o aumento do repertório do indivíduo e a diminuição das estereotípias e comportamentos autoagressivos.

Os resultados que foram verificados nas escalas de comportamentos autoagressivos e estereotipados do BPI-01 não se confirmaram na escala de comportamentos agressivos. Esta última mostrou aumento de sua pontuação entre as fases pré, pós e de seguimento (tabela 7). É provável que os comportamentos agressivos tenham aumentado em função dos limites impostos e de novas rotinas instaladas. Intervenções junto a pessoas com TEA, ao ser implementadas, deverão ser supervisionadas sistematicamente, pois repertórios de comportamento inadequados precisam ser extintos e/ou substituídos por repertórios adequados. Nessa transição é frequente o relato de comportamentos de oposição, acessos de raiva, agressividade física e verbal, dentre outros (BEARSS et al., 2012). Tratando-se de um programa psicoeducativo cuja finalidade foi orientar os pais sobre características do transtorno e instruí-los no uso de estratégias para resolução dos problemas de comportamento era esperado que as mudanças positivas não pudessem ser constatadas de maneira equivalente entre todas as escalas. De outro lado, por ter sido um programa desenvolvido em um período de tempo curto a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos não se consolida plenamente nesse período. É provável que, se os pais continuem aplicando o que aprenderam, aumentem a probabilidade de futuramente as crianças apresentarem repertórios comportamentais mais adequados (VISMARA; ROGERS, 2010)

Os resultados obtidos na ABC referente à verificação de mudanças nos padrões comportamentais de irritabilidade, agitação, choro letargia, isolamento social, comportamento estereotipado, hiperatividade, desobediência e linguagem imprópria (figura 3) foram positivos. A diminuição nas pontuações entre as fases pré-intervenção, pós-intervenção e de seguimento apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$). A escala ABC tem sido utilizada como medida para avaliar a eficácia de intervenções em TEA em que os pais são os mediadores dessas intervenções. Ela tem se mostrado sensível à detecção de mudanças de comportamento, especialmente as escalas de irritabilidade e comportamento estereotipado. Estudos avaliaram resultados positivos na escala de irritabilidade após treinamento de pais de crianças entre 3 e 6 anos com TEA (BEARSS et al., 2013). Estudos de revisão sistemática de literatura voltados à avaliação

da eficácia de terapias para crianças com TEA também reportam o ABC como medida adequada para avaliar o desfecho de intervenções, tanto parentais como em ensaios clínicos randomizados com uso de medicações (SINHA, 2011; WEITLAUF et al., 2014). No Brasil não foram verificados trabalhos publicados com uso da escala ABC em intervenções em TEA o que faz deste estudo ser pioneiro no país.

Nos inventários CBCL/1½5 e CBCL/6-18 também foi verificada uma diminuição no escore total das escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais de acordo com teste de Wilcoxon (figura 4). A amostra do estudo foi pequena e o tempo de intervenção foi curto não configurando um programa de treinamento parental. Contudo, apesar destas limitações, os resultados obtidos no CBCL foram positivos. Estudos anteriores que utilizaram o CBCL em intervenção com modelos de treinamento parental, além de verificar mudanças nos escores das escalas, identificaram que algumas delas agem como fatores preditores do sucesso das intervenções, por exemplo, as escalas internalizantes e externalizantes (HARTLEY, SIKORA, MCCOY, 2008; STAHLER, AKSHOOMOFF, CUNNINGHAM, 2011).

Em relação às mudanças nos indicadores de qualidade de vida, práticas educativas parentais e saúde mental dos cuidadores, mediante uso do WHOQOL-bref e do ASR (mostrados na tabela 8, tabela 9 e figura 5) verificamos que houve mudanças positivas, embora nem todas apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

No caso dos indicadores de qualidade de vida verificou-se um discreto aumento entre as fases pré e pós, porém o aumento não mostrou diferença estatisticamente significativa. A qualidade de vida parental tem sido um fator relevante para o desenvolvimento adequado do papel do cuidado de uma criança com TEA (WISESSATHORN, CHANUANTONG, FISHER, 2013). Quando os pais apresentam comprometimentos psicológicos, dificuldades de socialização e déficits de suporte social (indicadores medidos pelo WHOQOL-bref), geralmente as possibilidades destes manejarem adequadamente os comportamentos dos filhos diminui (FIRTH; DRYER, 2013). Os resultados mostram que é importante reconhecer que pais de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento devem ser alvos de intervenções, assim como os filhos. Estudo anterior, embora desenvolvido com um grupo de pais de filhos com Síndrome de Williams e Deficiência Intelectual mostrou o impacto positivo de intervenções de baixo custo voltadas para pais (MARTIN, 2011).

Beaudoin, Sébire e Couture (2014) relatam que a formação de pais/cuidadores está relacionada a uma diminuição dos estresse e aumento do bem estar, porém os efeitos da intervenção podem ser diferentes em pais/cuidadores de crianças com TEA, já que eles demonstram níveis elevados de estresse. Ressalta-se também, que deve ser considerado a carga de trabalho e a realidade dos pais dessas crianças, já que esse é um fator importante relacionado ao estresse e ao senso de competência dos mesmos.

No que tange os indicadores de problemas de comportamento de tipo internalizante medidos pelo ASR, observa-se uma melhora com diferenças estatisticamente significativas entre a fase pré e a fase pós. Já os escores brutos da escala de problemas totais avaliados pelo ASR e OASR também apresentaram discreta diminuição, porém, sem diferenças estatisticamente significativas entre as fases pré e pós (figura 5). Estudos anteriores com foco na saúde mental do cuidador cujo desenho também abrangeu intervenções parentais destacam a necessidade de intervenções diretamente voltadas para a redução de estresse, ansiedade, depressão e sobrecarga derivada do exercício do cuidado, ainda mais quando esse papel é concentrado em um único cuidador. E ainda, em países em desenvolvimento cujo sistema de saúde é ineficiente para atender as demandas de saúde mental de sua população, como é o caso do Brasil (WANG et al., 2012; BRENTANI et al., 2013; DYKENS et al., 2014; FEINBERG et al., 2014).

Dentre os itens do inventário ASR que se referem aos comportamentos internalizantes, encontram-se: sinto-me sozinho, choro muito, acho que ninguém gosta de mim, sinto-me sem valor ou inferior, falta-me autoconfiança, poucas coisas me dão prazer, tenho dificuldade para fazer ou manter amigos. Complementam esses resultados positivos alguns relatos dos registros diários de acompanhamento, por exemplo: ‘É bom poder compartilhar o meu dia com outros pais, as vezes a gente acha que só nós passamos por isso’; ‘Me sinto mais viva, hoje eu sei que posso fazer algo pelo meu filho, por mais que pareça difícil’; ‘O treinamento devolveu a minha autoestima, me sinto mais valorizada, mais cuidada’; ‘Me sinto mais forte para continuar a jornada’; ‘Me sinto muito orgulhosa quando saio de casa com uma pasta na mão para vir pra cá, antes eu ficava em casa o dia todo’. A partir desses relatos e da diminuição dos comportamentos internalizantes, pode-se supor que eles passaram a relatar mudanças no seu bem estar físico, psíquico e social.

Foi verificado, também, que durante o programa psicoeducativo os indicadores de problemas de comportamento de tipo externalizante medidos pelo ASR pioraram com diferenças estatisticamente significativa entre as fases pré e pós, de acordo com o teste de Wilcoxon ($p=0,01$). O resultado indica que os cuidadores participantes parecem ter aumentado repertórios de comportamento agressivo, comportamento de quebrar regras, impulsividade, agitação, desafio antissocial, não seguimento de regras e comportamento intrusivo, dentre outros (ACHENBACH; EDELBROCK, 1978). Embora não fosse esperado que esses padrões apresentassem uma piora, esse resultado alerta para a necessidade de implementar junto aos cuidadores participantes ações individuais de intervenção, pois de fato, alguns dos dados dos diários de campo evidenciam diversas situações geradoras de estresse enfrentadas por eles na rotina diária do cuidado dos filhos. De outro lado, os indicadores de comportamentos de externalização são compostos no ASR por itens como: falo demais, sou muito impaciente, sou esquentado, meto-me em muitas brigas, discuto muito, dentre outros. Esses comportamentos podem ter aumentado de frequência nos pais, já que eles passaram a ter mais conhecimento dos comportamentos e necessidades de seus filhos, passando dessa forma a questionar mais as pessoas.

No que tange as práticas educativas parentais, observa-se que o instrumento IEP é utilizado para identificar famílias de risco e de não risco em sete práticas educativas, dentre elas: abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa, monitoria positiva, negligência e comportamento moral. Alguns estilos parentais apresentaram indicadores de melhora e outros de piora (tabela 9). Como indicadores de melhora citam-se a negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa, abuso físico, e punição invonsistente. Esse resultado é positivo, pois indica que os cuidadores devem ter diminuído a proteção excessiva, assim como melhorado a organização de rotinas diárias como estipulado nas intervenções comportamentais para Autismo (LEAR, 2004; DAWSON et al., 2010). Já, outros estilos como a monitoria positiva e o comportamento moral apresentaram um resultado contrário, pois a maior parte da amostra se concentrou nas classificações regular e de risco na fase pós. Trata-se de um resultado diferente do que seria esperado, levantando como hipótese ao achado o seguinte: o programa provavelmente contribuiu com o esclarecimento dos cuidadores em relação ao quadro clínico-comportamental do TEA. Baseado nisto, é provável que estes tenham desenvolvido maior clareza sobre como manejar alguns repertórios comportamentais que

nem sempre serão passíveis de serem incorporados aos filhos nos moldes dos itens que compõem os estilos de monitoria positiva e comportamento moral do IEP.

Os indicadores de satisfação e possibilidade de uso na rotina do dia-a-dia das estratégias aprendidas no programa (tabelas 10 e 11) tiveram um balanço geral positivo. Os resultados sugerem que o programa foi viável para os cuidadores e que, mesmo sendo desenvolvido em situação grupal e em um curto espaço de tempo, ele auxiliou os cuidadores no desenvolvimento de novos repertórios comportamentais dos filhos e um aumento de alguns indicadores de saúde mental e qualidade de vida deles próprios. Existe um número expressivo de estudos realizados com intervenções individualizadas por períodos de tempo mais longos que o adotado no presente estudo, e com a participação de equipes interdisciplinares de profissionais (WEINMANN et al., 2009; GREEN et al., 2010; WEITLAUF et al., 2014; BYFORD et al., 2015). Entretanto, o presente trabalho pode representar um modesto passo para o desenvolvimento de um modelo de intervenção relativamente eficiente e passível de ser aplicado em contextos naturais, como mostrado em estudo de revisão sistemática de Oono, Honey e McConchie (2013). Deve ser destacado, também, como mostrado em estudos anteriores, que a avaliação da satisfação de intervenções que envolvem cuidadores sempre deverá ser realizada, pois ela se torna um indicador relevante em termos de praticidade e potencial de uso na vida diária de pessoas que se dedicam ao cuidado de indivíduos com um transtorno tão complexo com TEA (BAILEY; BLAIR, 2015; BRIAN et al., 2015).

Nos registros diários de acompanhamento foram registrados diversos eventos relatados pelos cuidadores no acompanhamento dos *checklists* para controle da implementação das orientações. Dentre os fatores que consideramos fatores facilitadores para a manutenção do uso das estratégias, encontram-se as mudanças positivas percebidas pelos cuidadores no comportamento dos filhos. Por exemplo, as falas seguintes: ‘Eu tenho ignorado vários comportamentos do meu filho, antes ele dava muito trabalho na hora de dormir, ficava gritando, pulando, era muito difícil colocar ele na cama. Agora eu ignoro esses comportamentos, em primeiro momento ele começa a fazer outras coisas para chamar a minha atenção, mas depois percebe que eu não vou ligar e vai sozinho deitar. Tem dias que eu olho e ele já foi dormir sozinho’; ‘Tenho tentado apresentar mais brinquedos para o meu filho, e fazer com que ele brinque de forma funcional’; ‘Meu filho tinha acesso a tudo que ele queria, agora eu tirei os objetos do alcance, e quando ele deseja

algo, ajudo ele apontar o que quer'; Antes ele não parava sentado nem um minuto para comer, hoje ele fica uns 5 minutos, não é muito, mas já fica'; 'Meu filho não comia nada sozinho, tudo eu tinha que dar na boca, fui ensinando do jeito que aprendi aqui, e agora ele já come com colher, o próximo passo vai ser usar o garfo'; 'Antes de vir aqui eu dava banho nele, agora faço ele me ajudar, vou falando as partes do corpo e pegando a mão dele para fazer o movimento de esfregar, ele tem me ajudado'; 'Conseguo compreender melhor os comportamentos e necessidades do meu filho'. As falas ilustram que os pais enriqueceram o ambiente das crianças. Inserir os pais/cuidadores em um projeto de intervenção é um componente crucial no desenvolvimento das crianças, já que a participação deles aumenta as oportunidades de aprendizagem oferecidas para seus filhos, além de possibilitar generalização e manutenção dos comportamentos aprendidos em outros contextos (OONO, HONEY E MCCONCHIE, 2013).

Outros fatores registrados nos diários permitiram identificar dificuldades no uso ou adesão às orientações e estratégias. Nelas citam-se os déficits de acesso aos serviços de saúde mental do município, que são essenciais, tendo em conta a complexidade dos comportamentos de indivíduos com TEA. Por exemplo, 50% das crianças ficaram sem o atendimento fonoaudiológico no período do seguimento do estudo, esse resultado é de grande importância, pois impacta diretamente nos resultados do treinamento, já que na ausência de serviços de saúde adequados, a sobrecarga de cuidados recai sobre a família (SMITH; GREENBERG; MAILICK, 2012).

É provável que o programa tenha conseguido incentivar os cuidadores buscando saber o que estava sendo ensinado e de que forma eles poderiam contribuir com o trabalho. Eles relataram nos registros diários de acompanhamento que toda a experiência do treinamento foi muito útil para esse desenvolvimento crítico, principalmente a relação entre o grupo. Observa-se isso nos relatos de alguns cuidadores nas fases pós-intervenção e seguimento: 'Os profissionais que atendem meu filho, faltam muito, nesse momento estamos sem o atendimento fonoaudiológico, mas eu estou cobrando toda semana, pois sei o quanto esse atendimento é importante para ele'; 'Tenho buscado cada vez mais os direitos do meu filho, dentre eles ter uma atendimento de qualidade nos serviços que ele frequenta, venho cobrando os profissionais sobre o trabalho que realizam com ele'; 'Estou tentando colocar o meu filho em outro lugar para fazer intervenção, aonde ele frequenta não é bom, todas as mães aqui do curso já me disseram isso'; 'Conseguo colocar o filho

na Equoterapia, uma mãe do grupo me passou o contato do lugar, e eu consegui uma vaga'; 'Eu tenho uma pedagoga que vai em casa, ela sempre falava para usar pistas visuais, mas eu não tinha percebido a importância dessa estratégia. Hoje eu consigo compreender melhor as observações que ela faz, e fico mais motivada para colocar em prática. Consegui fazer alguns materiais, como o passo a passo do banho e escovação dos dentes, essa estratégia tem ajudado muito em casa'; 'Estou tentando mudar meu filho de escola, percebi que ele fica andando pela escola o dia todo'.

Outro resultado positivo decorrente do programa, foi observar que os cuidadores relataram que passaram a compartilhar os conteúdos do programa com outras pessoas, buscando passar o conhecimento e auxiliar outras pessoas. Os seguintes exemplos de relatos dos diários de campo o ilustram: 'Quero passar o meu conhecimento para outras mães, mostrar que elas podem ter um tempo para se cuidar, e ao mesmo tempo cuidar de seus filhos. Compartilhar essas experiências com vocês foi muito bom'; 'Escutei um amigo comentando sobre sua filha, e logo pensei em qual seria a função daquele comportamento. Conversei com ele e consegui orientar sobre o que fazer naquela situação'; 'Tenho tentado passar para as mães da APAE o que aprendemos aqui'. Essas falas mostram uma inquietação e disposição dos cuidadores para replicar os conhecimentos aprendidos no programa em pró da qualidade de vida do filho e das próprias famílias.

7.CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral verificar evidências empíricas de eficácia de um programa psicoeducativo parental para manejo de dificuldades comportamentais dos filhos com TEA, a partir de indicadores de funcionamento comportamental das crianças e indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos cuidadores.

Como resultados positivos da condução do programa verificou-se que os cuidadores desempenharam um papel pró-ativo na implementação das diferentes estratégias, sendo que seis das sete foram utilizadas por 100% dos cuidadores. Esses dados mostram indicadores adequados de adesão e fidelidade em relação ao cumprimento das orientações do programa. Outro dado que também se associa a esse elevado índice de adesão foram as avaliações positivas de satisfação e de possibilidades reais de uso das orientações do programa na rotina do dia-a-dia. Tratando-se de um programa desenvolvido em situação grupal e em um curto espaço de tempo, esses indicadores parecem ter auxiliado aos cuidadores no desenvolvimento de novos repertórios comportamentais dos filhos e um aumento de alguns indicadores de saúde mental e qualidade de vida deles próprios. Nos registros diários de acompanhamento foram relatados diversos eventos para controle da implementação das orientações. Houve fatores que consideramos como facilitadores para a manutenção do uso das estratégias, como por exemplo, as mudanças positivas percebidas por eles no comportamento dos filhos a partir das novas formas de manejo dos comportamentos.

Evidências empíricas verificadas mediante uso de instrumentos padronizados de avaliação comportamental das crianças também mostraram resultados positivos quanto à eficácia do programa. Indicadores comportamentais relatados pelos cuidadores de autoagressividade, estereotípias, irritabilidade, agitação, choro letargia, isolamento social, hiperatividade, desobediência, linguagem imprópria, problemas comportamentais internalizantes, externalizantes e totais (avaliados mediante o BPI-01, ABC, CBCL/1½5 e CBCL/6-18) diminuiram na fase pós e/ou seguimento em comparação com a fase pré do programa.

O estudo, no entanto, não verificou o mesmo resultado positivo no indicador comportamental de agressividade, verificado no inventário BPI-01. O mesmo aumentou na fase pós. É possível que as novas rotinas e estratégias de manejo comportamental implementadas pelos cuidadores influenciaram o aumento desses problemas de

comportamento. Tendo em consideração um dos princípios básicos da Análise do Comportamento, é provável que esses comportamentos de agressividade pararam de ser reforçados e instalou-se um processo de extinção em que ocorrem naturalmente picos de resistência aumentando a frequência desses comportamentos. E, para que os mesmos sejam de fatos reduzidos e/ou extintos do repertório, é necessário que sejam incorporadas outras estratégias de manejo ou atendimentos não contempladas no estudo. Cita-se, por exemplo, uma supervisão por um profissional da saúde mental com formação em Análise do Comportamento. Como o objetivo do estudo não envolveu esse tipo de supervisão, estudos futuros que repliquem este desenho metodológico deverão prever a possibilidade de assistência mental por profissional especializado que possibilite a realização de intervenções individuais junto à criança e os cuidadores desta.

Em função da literatura consultada sobre estudos brasileiros sobre o tema foi verificado que este trabalho é pioneiro no uso do BPI-01 e ABC em projetos de intervenção cuja modalidade é a de tipo psicoeducativa-parental nos TEA. Os resultados positivos obtidos mostraram que ambos os instrumentos foram sensíveis para a detecção de mudanças comportamentais a partir de modelos de intervenção grupal de tipo psicoeducativo. Os resultados permitiram verificar que o autorrelato dos cuidadores mostra que eles perceberam mudanças adequadas de comportamentos. Entretanto, recomenda-se que estudos futuros contemplem, também, nessas avaliações outros cuidadores, membros da família, assim como professores. Isto permitiria verificar possibilidades de generalização comportamental.

Em relação à verificação de indicadores de eficácia do programa em função de variáveis associadas à qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores verificou-se que houve mudanças positivas, embora nem todas as escalas do ASR mostraram que as mudanças positivas tivessem diferenças estatisticamente significativas entre as fases pré e pós. Os cuidadores relataram que passaram a compartilhar os conteúdos do programa com outras pessoas, buscando passar o conhecimento e auxiliar outras pessoas. Um dado relevante do estudo foi o aumento dos indicadores de problemas de comportamento de tipo externalizante medidos pelo ASR. Recomenda-se para estudos futuros que sejam implementados junto aos cuidadores participantes ações individuais de intervenção, pois de fato, alguns dos dados dos diários de campo evidenciaram diversas situações geradoras de estresse enfrentadas por eles na rotina diária do cuidado dos filhos.

Sobre os resultados nos indicadores de estilos educativos parentais, constatou-se que alguns estilos apresentaram indicadores de melhora (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico) e outros de piora (monitoria positiva e o comportamento moral). Presume-se que os cuidadores devam ter diminuído a proteção excessiva, assim como melhorado a organização de rotinas diárias como estipulado no programa. Entretanto, estratégias de manejo contempladas nos itens que compõem os estilos de monitoria positiva e comportamento moral do IEP não parecem ter sido passíveis de serem incorporadas. É provável que essas estratégias não sejam compatíveis com o quadro clínico de alterações de uma criança com TEA e sejam necessários outros instrumentos que de fato meçam estilos parentais esperados no manejo de uma criança com TEA. Outra recomendação é permitir que a amostra do estudo tenha acesso a serviços de saúde mental, considerando o achado uma limitação do trabalho, pois não foi prevista essa ação no nosso programa. Associado a isto um dos resultados dos registros diários de acompanhamento apontou para esta necessidade: os cuidadores citarem déficits de acesso aos serviços de saúde mental do município, que são essenciais, tendo em conta a complexidade dos comportamentos de indivíduos com TEA.

Tendo em vista que grande parte dos estudos anteriores tem sido realizado com intervenções individualizadas por longos períodos de tempo, o presente estudo pode representar um passo importante para o desenvolvimento de um modelo de serviço eficiente, que pode abranger um maior número de pessoas. Recomenda-se para trabalhos futuros a inserção de um grupo controle, assim como aumento do número amostral. A formação de pais pode ser um modelo promissor, econômico e ecológico de prestação de serviços de saúde mental. Recomenda-se que novos estudos sejam realizados com desenho experimental e que os cuidadores possam receber apoio adicional durante o período de tempo após a intervenção, para verificar se as melhoras são mantidas ao longo do tempo.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. DE; GUILHARDI, H. J. *Terapia Comportamental e Cognitivo Comportamental: Práticas Clínicas*. São Paulo: Rocca, 2014.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Mental health practitioners guide for the Achenbach System of Empirically based assessment - Aseba (4a. ed)*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2004.

ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

AMAN, M.G et al. The Aberrant Behavior Checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*, v. 89, p. 485-91, 1985.

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

BAILEY, K. M; BLAIR, K. S. Feasibility and potential efficacy of the family-centered Prevent-Teach-Reinforce model with families of children with developmental disorders. *Res Dev Disabil*, United States, 47, p.218-33, 2015.

BARALDI, G. S., et al. Tradução, adaptação e validação preliminar da versão brasileira do Behavior Problems Inventory (BPI-01). *Trends Psychiatry Psychother*, São Paulo, v.35, n. 3, p.198-211, 2013.

BARALDI, G. S., et al. Indicadores de validade de conteúdo da versão brasileira do Behavior Problems Inventory/BPI-01. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 13, n.2, p. 94-103, 2013.

BARALDI, G. S. *Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil do Inventário de Problemas de Comportamento 01- The Behavior Problems Inventory (BPI-01)*. 86 f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2010.

BARRETT, B; BYFORD, B. SHARAC, J; HUDRY, K; LEADBITTER, K; TEMPLE, K; ALDRED, C; SLONIMS, V; GREEN, J. Service and Wider Societal Costs of Very Young Children with Autism in the UK. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, United Kingdom, v. 42, p 797-804, 2012.

BARRETT, B; MOSWEU, I; JONES, C. R. G; CHARMAN, T; BAIRD, G; SIMONOFF, E; PICKLES, A; HAPPÉ, F; BYFORD, S. Comparing service use and costs among adolescents with autism spectrum disorders, special needs and typical development. *Autism*, Londres, v.5, n.1, 2014.

BEARSS, K; JOHNSON, C; HANDEN, B; SMITH, T; SCAHILL, L. A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *Autism Dev Disord*, United States, v.43, n.4, p. 829-40, 2013.

BEARSS, K et al. Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Nova York, v.18, n. 2, p.170-182, 2015.

BEAUDOIN, A. J; SÉBIRE, G; COUTURE, M. Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder, *Autism Research and Treatment*, Canadá, v.2014, 2014.

_____. _____. _____. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Current Psychiatry Reports*, United States, v. 14, 6, p. 173-738, 2012.

BENDIXEN, R. M; ELDER, J. H; DONALDSON, S; KAIRALLA, J. A; VALCANTE, G; FERDIG, R. E. Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with Autism. *Am J Occup Ther*, Florida, v. 65, n.6, p.679-687, 2011.

BENDERIX, Y; NORDSTROM, B; SILVBERG, B. Parents`experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home. *Autism*. v.10, n.6, p. 629-641, 2007.

BOLSONI-SILVA, A. T; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivo Comportamental*, v.2, n.5, p. 91-103, 2003.

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.2, n.10, p. 125-142, 2008.

BRIAN, J.A et al. The Social ABCs caregiver-mediated intervention for toddlers with autism spectrum disorder: Feasibility, acceptability, and evidence of promise from a multisite study. *Autism Research*, Canadá, 00, 00-00, 2015.

BRUNONI, D. Genética e os Transtornos do Espectro do Autismo. In J. S. SCHWARTZMAN; C. A. ARAÚJO (EDS.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. p. 55- 64.

BUESCHER, A. V. S; CIDAV, Z; KNAPP, M; MANDELL, D. S. Costs of Autism Spectrum Disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA pediatrics*, v.8, n. 168, 721-8, 2014.

BYFORD, S et al. Consortium Cost-effectiveness analysis of a communication-focused therapy for pre-school children with autism: results from a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, Londres, v.15, 316, 2015.

CALLAHAN, K., SHUKLA-MEHTA, S., MAGEE, S. ABA Versus TEACCH: The Case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. *J Autism Dev Disorders*. v.1, n.40, p. 74–88, 2010.

CARR, J. E; LEBLANC, L. A. Functional analysis of problem behavior. In: O'DONOHUE, W. T; FISHER, J. E. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* . Canada: Wiley, 2003, p. 167-175.

CARVALHO, M. C. N; GOMIDE, P.I.C. Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n.3, p. 263-275, 2005.

CIA, F; PAMPLIN R.C.O; DEL PRETTE, Z.A.P. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia*, v.35, n.16, p. 395-406, 2006.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. L. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 384-9, 2008.

DANIELS A. M; HALLADAY, A. K; SHIH, A; ELDER, L. M; DAWSON, G. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.2, n.53, p. 141- 52, 2014.

DARDAS, L. A; AHMAD, M.M. Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with Autistic Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, n.35, p. 1326-1333, 2014.

DAWSON, G; ROGERS, S; MUNSON, J; SMITH, M; WINTER, J; GREENSON, J; DONALDSON, A; 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.

EINFELD, S. L; ELLIS, L. A; EMERSON, E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: Asystematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, v.2, n. 36, p. 137-143, 2011.

ELSABBAGH, M et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*, v.3, n.5, p.160-79, 2012.

ESTES, A et al. The Impact of Parent-Delivered Intervention on Parents of Very Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 44, pp 353-365, 2014.

FARMER, J; REUPERT, A. Understanding Autism and understanding my child with Autism: An evaluation of a group parent education program in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health*, v.21, 20–27, 2013.

FÁVERO, M. Â; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, p. 358-369, 2005.

FLECK, M A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 33-38, 2000.

FREULER, A.C; BARANEK, T.G; TASHJIAN, C; WATSON, L. R; CRAIS, E.R; TURNER-BROWN, L. Parent reflections of experiences of participating in randomized controlled trial of a behavioral intervention for infants at risk of autism spectrum disorders. *Autism*. v. 8, p. 1-10, 2013.

FIRTH, I; DRYER, R. The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorder. *J Intellect Dev Disabil*, v.38, 2, p.163-71, 2013.

FOMBONNE E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*, v.6, n.65, p. 591-8, 2009.

GREEN, J et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, v.375, 9732, p.2152-60, 2010.

GOMIDE, P. I. C. *IEP: Inventário de Estilos Parentais - modelo teórico - manual de aplicação, apuração e interpretação - inventário materno*. São Paulo: Vozes, 2006.

GOITEIN, P. C; CIA, F. Interações familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: revisão da literatura nacional. *Psicologia Escolar E Educacional*, v.15, n.1, p.43-51, 2011.

HARTLEY, S. L; SIKORA, D. M; MCCOY, R. Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with Autistic Disorder. *J Intellect Disabil Res*, United States, v.52, n.10, p.819-29, 2008.

KARST, J. S; VAN HECKE, A. V. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation, United States, v.15, n. 3, p. 247-77, 2012.

KAZDIN, A. E. *Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press, 2005.

KAZDIN, A. E; KRAEMER, H. C; KESSLER, R. C.; KUPFER, D. J; OFFORD, D. R. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, v.17, n.4, p. 375-406, 1997.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, p. s3-s11, 2006.

LABBADIA, E. M; CASTRO, L. L. Intervenções para pais de crianças e adolescentes em terapia cognitivo-comportamental. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 745-759.

LAROS, J. A.; JESUS, G. R.; KARINO, C. A. Validação brasileira do teste não-verbal de inteligência SON-R 2.-7 a. *Aval. Psicol.* Itatiba, v.12, n.2, 2013.

LEAR, K. *Ajude-nos a aprender: Um programa de Treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada em ritmo auto-estabelecido)*. Manual. Toronto, Canadá, 2a. Edição, 2004.

LOEBER, R; HAY, D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol.* v. 48, p.371-410, 1997.

LOSAPIO, M. F. et al. Adaptação Transcultural Parcial Da Escala Aberrant Behavior Checklist (Abc), Para Avaliar Eficácia De Tratamento Em Pacientes Com Retardo Mental. *Cadernos De Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 909-923, 2011.

LOVAAS, O.I. Parents as therapists. In: RUTTER, I., SCHOPLER, E. *Autism. A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press, 1979, p. 369-79.

LOVAAS, O. I; KOEGEL, R; SIMMONS, J. Q; LONG, J. S. Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 6, p.131-166, 1973.

MARTIN, M. A. F. *Grupo de suporte familiar e treino de práticas parentais e habilidades sociais para pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Willians*. 2011. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidades Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

MARTIN, G; PEAR, J. *Modificação do comportamento: o que é e como fazer*. São Paulo: Roca, 2009.

MATTHEWS, J. M; HUDSON, A. M. Guidelines for evaluating parent training programs. *Family Relations*, v.50, p.77-86, 2004.

MECCA, T. P; BRAVO, R. B; VELLOSO, R. L; SCHWARTZMAN, J. S; BRUNONI, D; TEIXEIRA, M. C. T. V. Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. *RevPsiquiatr Rio Gd Sul*, v.33, 2, p.116-120, 2011.

MELLO, C. B. et al. Versão abreviada do WISC-III em crianças brasileiras: correlação entre QI estimado e o QI total. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.27, n.2, p.149-155, 2011.

MOURA, C. B; SILVARES, E. F. M. O uso de vídeo em intervenções clínicas com pais: revisão da literatura e hipóteses comportamentais sobre seus efeitos [Versão eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.10, n.1, p.144-161, 2008.

MOREIRA, M. B; MEDEIROS, C. A. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NEECE, C. L; GREEN, S. A; BAKER, B. L. Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, v.1, n. 117, p. 48-66, 2012.

OONO, I. P; HONEY, E. J; MCCONACHIE, H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, United Kingdom, v.4, 2013.

PATTERSON. R; GRAMMER. L; PERRY. J. Patients with allergic disease and antisocial behavior: their potential risks to themselves, health care personnel, and other patients. *N Engl Reg Allergy Proc*, v.1, n.7, p. 42-4, 1986.

PAULA, C. S; RIBEIRO, S. H; TEIXEIRA, M. C. T. V. Epidemiologia e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento In J. S. Schwartzman, C. C. Araújo. (Eds.), *Transtorno Do Espectro Do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. p.151-158.

PIRES, A. *Internet como instrumento de busca de informações de divulgação dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2008.

RAMPAZO, S.M.A. *Terapia Ocupacional utilizando-se da teoria da Integração Sensorial e da Análise Aplicada do Comportamento para minimizar estereotípias de crianças com transtornos do espectro do autismo*. 2011. Monografia (Especialização em Ciências da Saúde) - Faculdade de ciências da saúde de São Paulo, São Paulo, 2011.

REED, F.D.D; HIRST, J. M; HYMAN, S.R. Assessment and treatment of stereotypic behavior in children with autism and other developmental disabilities: A thirty year review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 6, n. 1, p. 422-430, 2012.

RESCORLA, L. A. et al. International epidemiology of child and adolescent psychopathology: 2. Integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *Journal of the American Academy os Child and Adolescent Psychiatry*, v.51, p. 1273-1283, 2012.

ROCHA, M. M. et al. Behavioural/emotional problems in brazilian children: findings from parents' reports on the child behavior checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2012.

ROGERS, S. J; VISMARA, L; WAGNER, A.L; MCCORMICK, C; YOUNG, G; OZONOFF, S. Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start,

a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 12, n. 44, p. 2981-95, 2014.

ROJAHN, J. et al. The behavior problems inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.31, p. 577–588, 2001.

BORDIN, I. A; ROCHA, M. M; PAULA, C. S; TEIXEIRA, M. C; ACHENBACH, T. M; RESCORLA, L. A; SILVARES, E. F. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública*, v.1, n.29, p. 13- 28, 2013.

ROUX, G; SOFRONOFF, K; SANDERS, M. A randomized controlled trial of group stepping stones triple P: a mixed-disability trial. *Family Process*, v. 3, n. 52, p. 411-424, 2013.

SANDIN, S et al. The Familial Risk of Autism. *JAMA*,v. 17, n. 311, p. 1770-1777, 2014.

SANTOS, E. O. L; SILVARES, E. F. M. Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clinicas-escola: um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.19, p.277-282, 2006.

SAULNIER, C; QUIRMBACH, L; KLIN, A. Avaliação clínica de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C.A. (Orgs). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, p.159-171.

SCHWARTZMAN, J. S. Transtorno do espectro do autismo: conceito e generalidades. In J. S. SCHWARTZMAN; C. A. ARAÚJO (EDS.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. p. 37-42.

SEARS, K. M et al. Using the Prevent-Teach-Reinforce Model with Families of Young Children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Florida, v. 43, n.5, p.1005-1016, 2013.

SIDMAN, M; STODDARD, L. T. The effectiveness of fading in programming a simultaneous form discrimination for retarded children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, v. 10, p. 3-15, 1967.

SINHA, Y et al. Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, Australia, v. 1, 2011.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano* (5ª Ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1981(Trabalho original publicado em 1953).

SMITH, L. E; GREENBERG, J. S; MAILICK, M. R. The family context of autism spectrum disorders: influence on the behavioral phenotype and quality of life, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, United States, v. 23, n.1, 143-55, 2014.

STAHMER, A. C; AKSHOOMOFF, N; CUNNINGHAM, A. B. Inclusion for toddlers with autism spectrum disorders: the first ten years of a community program. *Autism*, California, v.15, n.5, p.625-41, 2011.

STEINER A. M. et al. Pivotal response treatment for infants at-risk for autism spectrum disorders: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.1, n.43, p. 91-100, 2013.

STRAUSS, K., VICARI, S., VALERI, G., D'ELIA, LIDIA., ARIMA, S., FAVA, L. Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, Itália, v.33, p. 688-703, 2012.

TERRACE, H. S. Errorless transfer of a discrimination across two continua. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, v.6, p.223-232, 1963.

VELLOSO, R. Avaliação de linguagem nos transtornos do espectro do autismo. In J. S. SCHWARTZMAN; C. A. ARAÚJO (EDS.), *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. p. 209- 2014.

VERNON, TY. W ET AL. An Early Social Engagement Intervention for Young Children with Autism and their Parents. *J Autism Dev Disord*, v. 12, n. 42, p. 2702–2717, 2013.

VISMARA, L.A; ROGERS, S.J. Behavioral Treatments in Autism Spectrum Disorder: What do we Know? *Annu Rev Clin Psychol*. p. 447-468, 2010.

WEARE. K; NIND. M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, v.26, p. 29-69, 2011.

WEINMANN, S et al. Behavioural and skill-based early interventions in children with autism spectrum disorders. *GMS Health Technol Assess*, Berlin, v.5, 2009.

WEITLAUF, A. S et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update. *Agency for Healthcare Research and Quality*, USA, v.6, n.137, 2014.

WISESSATHORN, M; CHANUANTONG, T; FISHER, E.B. The impact of child's severity on quality-of-life among parents of children with autism spectrum disorder: the mediating role of optimism. *J Med Assoc Thai*, Tailândia, v. 96, 10, p.1313-8, 2013.

9.ANEXOS

Anexo I

Por favor, marque um X nos problemas de comportamentos dos seus filhos que mais afetam suas vidas.

Se nenhum comportamento do seu filho afetar a sua vida, basta marcar um X aqui (), caso contrário, por favor, marque um X nos problemas de comportamentos e dê um exemplo de uma situação em que ocorreu. Tente ser bem específico, como por exemplo escrever: “recusa-se a calçar os sapatos”.

Descrição do problema	Marque um X abaixo se este comportamento afeta a sua vida	Dê um exemplo
Comportamento de birra		
Dificuldade de interação social		
Dificuldade de comunicação		
Estereotipia		
Agressividade		
Auto agressividade		

Dificuldade para se vestir de forma independente		
Dificuldade em comer de forma independente		
Dificuldade para tomar banho de forma independente		
Dificuldade com escovar os dentes de forma independente		
Dificuldade com uso do banheiro		
Dificuldade para brincar de forma funcional com os brinquedos		

Se houver outro comportamento que não foi mencionado anteriormente, por favor, descreva.

Anexo II

Estratégias	SIM	NÃO	Não tentei
Consegui envolver meu filho(a) em pelo menos um comportamento adequado			
Consegui reforçar positivamente pelo menos um comportamento adequado de meu filho(a)			
Consegui identificar eventos que provocam alterações de comportamento no meu filho(a)			
Consegui, pelo menos uma vez, que meu filho(a) seguisse instruções ou regras, por exemplo, senta, pega, me dá, etc.			
Consegui fazer com que meu filho(a) solicitasse algo que ele(a) desejava adequadamente (por exemplo, apontando, entregando uma figura ou falando: “Eu quero”)			
Consegui fazer com que meu filho(a) brincasse de forma adequada ou funcional com os brinquedos			
Consegui redirecionar o comportamento do meu filho, com o objetivo de diminuir problemas de comportamento, por exemplo, agressividade, estereotípias, autoagressividade.			

Anexo III

Avaliação de Satisfação

Para finalizar o curso gostaríamos de ter algumas opiniões suas sobre os encontros de treinamento.

Nome
Idade

- 1) Os temas das aulas estavam de acordo com seu interesse e necessidade?
 Sim Algumas vezes Não

- 2) O treinamento falou sobre assuntos novos, que você não tinha conhecimento?
 Sim Algumas vezes Não
 Justificativa _____

- 3) O conteúdo das aulas foi explicado de forma clara e simples?
 Sim Algumas vezes Não
 Justificativa _____

- 4) O treinamento atingiu sua expectativa?
 Sim Algumas vezes Não
 Justificativa _____

- 5) O treinamento deixou de abordar algum assunto que você considera importante?
 Sim Algumas vezes Não
 Qual? _____

- 6) Durante as aulas você compreendeu o que estava sendo explicado?
 Sim Algumas vezes Não
 Justificativa _____

- 7) Você tem vontade de aplicar no seu dia os conhecimentos que adquiriu durante o treinamento?
 Sim Algumas vezes Não

Justificativa _____

8) Você consegue aplicar no seu dia os conhecimentos adquiridos durante o treinamento?

Sim Algumas vezes Não

Justificativa _____

9) Você acredita que o conhecimento adquirido no curso lhe ajuda a lidar melhor com seu filho?

Sim Algumas vezes Não

Justificativa _____

Caso tenha alguma observação para fazer, descreva nas linhas a baixo.

Anexo IV

Questionário sobre uso de serviço

Nome do cuidador: _____

1) Seu filho toma alguma medicação?

<input type="checkbox"/> Sim	Qual?
<input type="checkbox"/> Não	

2) Seu filho participa do Atendimento Educacional Especializado (AEE)?

<input type="checkbox"/> Sim	Onde?
	Quantas horas?
<input type="checkbox"/> Não	

3) Seu filho passa por algum acompanhamento com especialista?

<input type="checkbox"/> Sim	Qual?
	Onde?
<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Particular	Quantas horas?
<input type="checkbox"/> Não	